TRAVAUX

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉS EN 1904

par MM.

Fancourt BARNES
Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève
Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI
Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

SOUS LA DIRECTION DE

A. LUTAUD

MÉDECIN ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

PARIS

MALOINE, ÉDITEUR

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1905

SOMMAIRE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

CONTENUS DANS CE VOLUME

Voir la table alphabétique à la fin du volume

Obstétrique.

Gynécologie.

Pédiatrie.

Année 1904. — Janvier. N° 1. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris — Abt. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE TOUS LES MOIS SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES
Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDES, de Genève
Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI
Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD
MÉDECIN ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Administration, **47, boulevard Haussmann, PARIS**

OBSTÉTRIQUE

PRÉSENTATION DU SIÈGE (MODE DES FESSES) AVEC PROCIDENCE DU CORDON.

Comme les présentations de la face, celles des fesses font peur à beaucoup de praticiens, parce qu'on leur a enseigné qu'elles sont anormales, irrégulières, contre-nature même, dangereuses en tous cas.

Pour le public, qui a subi le contre-coup de cette notion fausse, l'enfant qui vient *double* ou *en double*, comme on dit, fait courir un grand péril à sa mère et est lui-même très compromis.

Il est grand temps que, dans l'intérêt de tous, ces idées inexactes disparaissent et que l'on sache enfin que les présentations des différents modes pelviens (pieds, genoux, fesses, en masse), comme les présentations de la face, se terminent dans la majorité des cas aussi simplement et aussi heureusement que celles du sommet.

A une condition évidemment, c'est que l'on n'intervienne pas davantage, c'est qu'on laisse agir la nature, c'est qu'on ne veuille pas se presser, hâter le travail, dilater intempestivement le col et exercer des tractions manuelles ou instrumentales.

En un mot, on doit se comporter avec la face ou le siège exactement comme on le fait avec le sommet. Mais pour cela on doit être bien convaincu que toutes ces présentations sont également naturelles et favorables et ne requièrent *par elles-mêmes* aucune espèce d'intervention

Donc aussi bien pour le siège et la face que pour le sommet, il faut une *indication bien nette*, venant de la mère ou de l'enfant (hémorragie, éclampsie, inertie, procidence, etc.) pour justifier l'intervention.

C'est un cas de présentation des fesses de cette dernière catégorie que nous avons vu il y a peu de temps dans notre service et que nous croyons utile de relater en peu de mots.

L'épouse D.., née en Allemagne et domiciliée à Liége, arrive à la Maternité le 17 septembre 1903, à 7 heures du matin, disant avoir perdu les eaux pendant la nuit.

C'est une femme de 33 ans, de taille moyenne, de bonne constitution et paraissant bien conformée.

Elle a déjà eu, du reste, il y a deux ans un premier enfant à terme, facilement : c'est une petite fille encore vivante.

Enceinte pour la seconde fois, elle a eu ses dernières règles le 17 décembre 1902, il y a donc à peu près 9 mois. Cette grossesse n'a rien présenté d'anormal.

Elle est en travail depuis la nuit et les contractions utérines sont fréquentes.

On sent la tête fœtale dans le fond utérin et le siège en bas, au détroit supérieur. Le dos est à droite.

L'auscultation permet d'entendre les doubles battements fœtaux,

dont le maximum se trouve dans le quart supérieur droit de la matrice.

Du liquide mêlé de morceaux de méconium s'écoule des organes génitaux. Le col est effacé, dilaté comme une pièce de 2 francs, surmonté du siège avec le cordon : celui-ci n'est pas encore comprimé notablement et laisse percevoir les battements normaux des artères ombilicales.

Comme le travail marche régulièrement et énergiquement, sans danger actuel pour la mère et l'enfant, on attend en surveillant.

A 11 heures du matin, nous constatons que le col, complètement dilaté, est franchi par le siège fœtal, qui est arrivé vers le milieu de l'excavation; le cordon est comprimé, les pulsations funiculaires inspirent de l'inquiétude pour la vie de l'enfant; il en est de même de l'auscultation abdominale.

Dans ces conditions nous jugeons utile et nécessaire d'extraire l'enfant sans retard et c'est au crochet mousse de notre forceps que que nous avons recours pour exécuter cette opération.

Sans que la patiente soit chloroformée, nous introduisons cet instrument sur deux doigts de la main gauche pour aller accrocher l'aine antérieure.

Quelques légères tractions amènent en quelques instants la fesse antérieure à la vulve. Le cordon est refoulé en arrière, dans la concavité sacrée, où il a moins de chance d'être comprimé.

Bientôt l'instrument est retiré et les doigts appliqués sur les deux aines terminent le dégagement du siège. Le tronc, les épaules et la tête sont ensuite amenés au dehors, par la manœuvre classique habituelle, sans difficulté.

Il est 11 h. 1/2 du matin ; le nouveau-né arrive au monde en état d'asphyxie bleue : le bain chaud, les frictions, l'extraction des mucosités et l'insufflation rationnelle amènent la teinte rosée des téguments, la respiration naturelle et les cris normaux, au bout d'une dizaine de minutes.

La délivrance s'effectue un quart d'heure après la sortie de l'enfant.

Pour sauver le fœtus, on a dû l'extraire un peu vite et le périnée a cédé dans la moitié de sa longueur: trois points de suture sont appliqués pour réparer la brèche.

L'utérus se rétracte parfaitement ; on fait l'injection habituelle et on donne les soins ordinaires.

Le placenta pèse 620 grammes ; le cordon inséré en raquette mesure 78 centimètres.

Le nouveau-né est du sexe masculin, pèse 3,620 grammes et mesure 52 centimètres ; sa T° rectale est de 36,5 ; il a une légère ecchymose à l'aine droite, sur laquelle le crochet a pris un point d'appui. Le diamètre BP a 9 centimètres ; OF, 11 1/2 ; SOM, 13,3.

Suites de couches. — La période puerpérale n'a rien présenté de particulier ; la température s'est maintenue entre 36,5 et 37 matin

et soir, à part le soir du premier jour, où le thermomètre est monté à 37,2. Le pouls a oscillé entre 72 et 88.

Toutes les fonctions se sont accomplies régulièrement et l'enfant a été allaité par sa mère.

L'enfant, qui pesait 3,620 grammes à sa naissance, avait perdu 120 grammes le troisième jour ; il a regagné bien vite son poids et l'avait notablement dépassé le onzième jour, car il avait alors 4,000 grammes, grâce au lait abondant et riche de sa mère.

Ils s'en sont retournés, tous deux en excellent état, le 27 septembre.

Réflexions. — On a beaucoup discuté la manière d'intervenir dans les présentations des fesses quand un accident exige l'extraction rapide de l'enfant.

On est d'accord, si le siège est mobile ou refoulable sans danger, d'aller chercher un ou deux pieds, qui servent à l'extraction. Mais si le siège est engagé, a franchi le col surtout, le refoulement est difficile, dangereux, souvent impossible même en s'aidant du chloroforme.

Le lacs, le crochet mousse, le forceps, ont eu et ont encore leurs partisans.

Nous préférons le crochet (de notre forceps ou celui de Delore), qui est facile à appliquer et ne présente aucun danger si l'on prend les précautions nécessaires.

Sur douze cas où nous avons eu recours, dans notre service, à cet instrument, *à terme*, nous n'avons eu aucun décès maternel et seulement deux enfants morts, ce qui n'est pas mal du tout dans les circonstances sérieuses ou graves qui rendent l'intervention parfois nécessaire quand les fesses *volumineuses* plongent dans le bassin.

GYNÉCOLOGIE

DE QUELQUES CAS INSIDIEUX D'INFECTION D'ORIGINE UTERINE,

Par le Dr MAYMOU.

J'ai observé, au cours de ma pratique médicale, quelques cas d'infection utérine qu'il m'a paru intéressant de rapporter.

Ils me semblent être la démonstration que, chez la femme, s'il ne faut pas toujours faire remonter à l'utérus toutes les manifestations pathologiques qui n'ont pas un caractère bien défini, il ne faut pas non plus perdre de vue que cet organe peut jouer, dans nombre de cas, un rôle pathogénique très important.

Il est vrai que ce rôle pathogénique est quelquefois tellement effacé qu'il peut passer complètement inaperçu au grand détriment du diagnostic et du traitement.

Voici, par exemple, deux cas (obs. I et II) où se produisent avec

une exactitude véritablement mathématique les mêmes manifestations pathologiques.

L'un, le premier, est survenu à la suite d'une couche. Sa nature puerpérale, partant son origine utérine, n'est donc pas douteuse.

Le deuxième se présente treize ans après le dernier enfant et ne s'accompagne d'aucun malaise — appréciable pour la femme — d'aucun symptôme — appréciable pour le médecin — qui puisse en faire attribuer l'origine à des troubles de la matrice.

En dépit des apparences les plus trompeuses, l'observation clinique va nous montrer leur origine commune.

Obs. I. — Phlébite, accidents articulaires et tendineux, épanchement pulmonaire d'origine utérine. — Je suis appelé auprès de la dame P..., couturière, âgée de 20 ans, issue de rhumatisants, dans la nuit du 17 juillet 1893.

Elle est accouchée depuis plus de trois heures ; la sage-femme n'a pu la délivrer ; elle vient de perdre beaucoup de sang ; elle est dans une situation grave, critique.

Je pratique la délivrance artificielle et peux arrêter l'hémorrhagie, ranimer la patiente qui est en pleine syncope.

Le lendemain et les jours suivants, la malade va aussi bien que possible ; elle nourrit son enfant ; elle se lève le 1er août.

5 août : elle est prise de malaises, de frissons, de fièvre et d'une douleur dans le mollet gauche.

8 août : appelé ce jour-là seulement, je constate un commencement de phlébite de la saphène gauche ; il existe un peu d'écoulement utérin de couleur jaunâtre : je prescris le repos ; applications mercurielles sur la veine malade.

14 août : mieux, appétit meilleur, pas de fièvre ; trajet de la saphène moins dur, moins douloureux ; le lait n'a pas cessé d'être abondant.

Je prescris le repos absolu jusqu'à complète disparition de la douleur du mollet.

30 août : je suis rappelé ; l'appétit a disparu depuis trois jours ; il y a frissons, forte fièvre (39°1), transpiration, un peu de cyanose de la face qui est très pâle et exprime l'anxiété ; respiration courte et rapide ; ventre normal, indolore, même écoulement utérin.

Je constate : douleurs sur tout le trajet de la saphène droite (la gauche n'a plus rien), dans l'épaule et sur le dos de la main gauches, dans le poignet droit ; un épanchement assez considérable dans le genou droit et enfin un léger épanchement dans les deux plèvres. Cet état persiste sans aucune amélioration jusqu'au 10 septembre. La malade s'est beaucoup affaiblie : elle a très peu de lait.

11 septembre : le facies est mauvais ; la fièvre est plus intense (39°7) ; transpiration plus abondante ; le genou très douloureux et très augmenté de volume ; la respiration est plus difficile ; l'épanchement des plèvres plus abondant.

Je décide, malgré les protestations de la malade et de son entourage, de procéder à un nettoyage de la cavité utérine. Il présente d'assez grandes difficultés à cause de la douleur du genou et du mollet. Le col laisse passer un liquide jaunâtre assez épais, mais en petite quantité. Je le dilate largement avec la pince dilatatrice ; je nettoie soigneusement la cavité et la badigeonne à la teinture d'iode.

13 septembre : amélioration générale ; température tombée à 38° ; nouveau pansement intra-utérin.

15 septembre : amélioration considérable de toutes les manifestations : la fièvre est tombée, l'appétit reparaît. Je fais un pansement intra-utérin.

19 septembre : disparition complète de tous les symptômes morbides ; teint rosé, appétit, gaîté, guérison : le lait revient en assez grande abondance ; tout écoulement utérin a cessé ; je fais cependant un dernier badigeonnage de la cavité utérine avec la teinture d'iode. La malade s'est très bien portée dans la suite.

J'ai placé avec intention en tête de ce travail ce cas qui constitue un des types les plus connus de l'infection utérine dans la période puerpérale.

Nous allons retrouver dans l'observation II et, quelque changées que puissent être ici les conditions étiologiques, les mêmes symptômes avec la même marche : la phlébite, les épanchements dans les synoviales des grandes articulations ou dans les gaines des tendons, les épanchements pleurétiques.

Seulement, ici, l'origine de toutes ces manifestations est plus difficile à démêler, car nous sommes très loin de toute couche (13 ans) et la malade n'a jamais éprouvé aucun malaise du côté du ventre et ne présente aucun symptôme pouvant attirer l'attention du médecin du côté de la matrice.

Dans le premier cas, l'origine utérine ne peut être douteuse, elle ne peut l'être davantage dans le second, car l'examen de la matrice a été fait après hystérectomie et la disparition des derniers symptômes après opération est venue confirmer le diagnostic fait dès le début de la maladie.

Obs. II. — Phlébite, accidents tendineux et articulaires accompagnés d'œdème considérable, épanchement pleural et troubles psychiques d'origine utérine, sans symptômes locaux appréciables. — Mme X..., âgée de 35 ans, très grande, très forte, jouissait depuis quelques années d'une bonne santé.

A la suite de sa première couche, qui date de 16 ans, elle a
A la suite de sa première couche, qui date de 13 ans, elle a souffert de coliques hépatiques violentes qui, pendant plusieurs mois, se répétèrent assez souvent. En outre — et surtout — elle a présenté à cette époque des troubles nerveux caractérisés par des malaises cérébraux, du trouble dans les idées, de la tristesse et du dégoût pour toutes les choses de l'existence. Cet état a persisté jusqu'à la seconde grossesse, survenue 18 mois après, a reparu après l'accouchement, mais moins accentué et a fini par s'améliorer lentement et guérir.

Elle a eu ses règles dans les premiers jours de septembre 1901 et trois jours après ces règles, elle a commencé à souffrir de sa jambe droite ; ces dernières règles paraissent avoir été normales ; cependant elles ont été immédiatement précédées, comme elles le sont toujours, de violentes coliques.

J'ai vu cette dame le 21 septembre, en passant, et venu pour lui faire une visite d'ami. Elle me dit souffrir de sa jambe droite, me la montre et je constate de la phlébite de la saphène interne, qui, un peu au-dessus de la cheville, se présentait sous la forme d'un cordon dur et douloureux. Je prescris : repos absolu, onctions mercurielles, émollients.

Cette dame continua à marcher le lendemain et le surlendemain

jusqu'à midi. Mais, souffrant de plus en plus, elle fut obligée de se mettre au lit et de faire appeler son médecin, qui lui conseilla de continuer le traitement et de garder à partir de ce jour — 23 septembre — le repos le plus absolu jusqu'à nouvel ordre.

Deux jours après, — le 25 septembre — s'étant levée pour aller à la garde-robe, elle fut prise subitement, sur son seau de toilette, d'une violente douleur au cœur et d'étouffements : elle appela, on s'empressa autour d'elle et on put la remettre dans son lit. A partir de ce jour et jusqu'au 2 octobre, date de ma deuxième visite, elle fut prise tous les jours de crises semblables. Je la trouvai, ce jour-là, presque assise sur son lit, se plaignant de douleurs précordiales et de pénibles étouffements. La face est légèrement congestionnée, le pouls est petit et rapide : 134 pulsations ; la température varie entre 38°5 et 38°9 ; la langue est sale, pas d'appétit ; les garde-robes sont entretenues à l'aide d'une cuillerée à café d'huile de ricin tous les deux jours ; les urines sont normales.

On voit dans son vase un ou deux crachats teintés de sang noirâtre : il paraît qu'elle en a eu plusieurs. A l'auscultation, on trouve quelques râles disséminés, mais non des foyers attestant nettement la présence d'infarctus étendus ; le cœur est rapide, mais normal.

Elle souffre peu de sa jambe droite qui est le siège d'un très léger gonflement ; j'explore avec les plus grandes précautions la veine malade. Je peux suivre avec mon doigt le cordon qu'elle forme encore, mais ce cordon est beaucoup moins dur, beaucoup moins douloureux : le caillot paraît s'être complètement dissocié et la veine paraît maintenant perméable. Cependant, on la suit ainsi jusque vers le milieu de la cuisse et dans tout ce trajet la pression est douloureuse. La malade se plaint que sa jambe est très lourde, qu'elle ne peut la remuer et cela l'inquiète beaucoup.

Cependant, d'accord avec son médecin, après un examen attentif de la partie enflammée de la veine, je crois pouvoir la rassurer et lui annoncer que les crises d'oppression qu'elle a éprouvées depuis huit jours et qui l'inquiètent beaucoup, vont diminuer, disparaître même et que nous espérons que son état va rapidement s'améliorer : nous prescrivons 40 centigrammes de bromhydrate de quinine.

Je suis appelé auprès d'elle le dimanche 6 octobre ; elle vient d'avoir ses règles qui ont fini la veille : elle a, depuis la nuit dernière, un violent point de côté à gauche ; elle respire vite et difficilement. Même état général : même fièvre ; pouls toujours très rapide.

La malade se retient de respirer, l'auscultation est difficile : on ne perçoit pas le murmure vésiculaire, mais on n'entend ni râle, ni souffle. Le cœur est toujours normal. Nous constatons une amélioration du côté de la jambe droite : on suit de moins en moins le cordon veineux, peu sensible à la pression ; le pied et la jambe sont toujours un peu gonflés.

Mercredi 9 octobre : même état général, oppression, poids au niveau de la région précordiale ; nous constatons un faible épanchement dans la cavité pleurale gauche. La veine malade est moins sensible ; léger gonflement au niveau du pied et de la cheville.

15 octobre : même état, mais le pied, la cheville, la jambe et la cuisse ont considérablement enflé.

L'épanchement occupe les deux tiers de la cavité pleurale gauche : léger épanchement également à droite ; température 38°8 : pouls 134 ; langue étalée, un peu brune à sa base ; inappé-

tence complète. Quelles sont les causes de ces deux accidents en apparence si dissemblables : phlébite et épanchements pleuraux ?

Je demande à la malade si elle n'éprouve rien du côté du ventre, si elle n'a pas de pertes ? Elle affirme qu'elle n'a jamais eu et n'éprouve aucun malaise de ce côté-là. J'ai cependant la conviction que les accidents qu'elle éprouve sont de nature infectieuse et que le point de départ de cette infection est la cavité utérine.

15 octobre : même état aussi grave. Le gonflement du membre droit a pris des proportions considérables.

17 octobre : même état, forte fièvre, sueurs très abondantes deux ou trois fois dans les 24 heures. Le point de côté a diminué, mais l'épanchement est toujours aussi abondant ; la gêne et l'oppression sont très grandes ; inappétence complète ; langue très sale.

Je pratique le toucher vaginal ; je trouve la matrice très développée et en forte antéversion.

Au spéculum : col utérin énorme, très rouge, présentant de nombreuses excoriations, pertes assez abondantes. Mon opinion est que les accidents proviennent de la cavité utérine ; elle se fortifie par ce fait que l'aspect de tout le membre inférieur droit qui est devenu énorme est tout à fait celui de la *phlegmatia alba dolens* : Les tissus sont durs, la peau est blanche comme si elle avait subi un commencement d'infiltration.

18 octobre : dilatation du col à l'aide de la laminaire.

19 octobre : nettoyage de la cavité utérine, badigeonnage à la teinture d'iode. La simple dilatation du col semble avoir produit une détente générale ; la malade est plus calme ; elle nous dit qu'elle se trouve « soulagée de partout ». Nous constatons, nous, les mêmes symptômes que la veille.

21 et 22 octobre : dilatation et badigeonnage.

24 octobre : amélioration sensible ; facies meilleur ; oppression moindre : la malade accuse du bien-être auprès des jours précédents ; elle a un peu faim. Pouls 124 ; température 37°8. Très abondante transpiration deux ou trois fois dans les 24 heures. Nuits assez bonnes. Point de côté gauche très diminué, un peu de toux, garde-robes suffisantes grâce à l'huile de ricin. A l'auscultation, l'abondant épanchement du côté gauche a beaucoup diminué ; le commencement d'épanchement du côté droit a complètement disparu. Le membre inférieur droit a changé d'aspect : il n'offre plus la teinte spéciale de la *phlegmatia alba dolens* ; l'œdème a même un peu diminué ; il est moins dur : le trajet de la veine malade est moins douloureux : en un mot, le tableau a tout à fait changé.

25 octobre : apparition des règles, en avance de cinq ou six jours, venues cette fois sans douleurs : ce qui n'avait pas lieu depuis longtemps. Elles durent six jours.

Pendant les règles, l'amélioration persiste. Toux très fréquente, crachats abondants et spumeux. L'épanchement diminue rapidement.

30 octobre : le mieux s'accentue ; la malade tousse encore, mais respire librement ; la douleur du côté gauche a disparu. L'œdème de la jambe malade a diminué ; la peau a repris son aspect normal ; la douleur au niveau de la veine n'existe plus qu'à l'endroit primitivement malade et sous une pression assez forte. Le pouls bat cependant encore 100 fois ; la température est de 37°2 à 37°5 ; les nuits sont bonnes ; l'appétit augmente ; garde-robes entretenues à l'aide de faibles doses d'huile de ricin.

A l'auscultation : encore un très léger souffle à gauche où le

liquide n'existe plus qu'en très faible quantité ; le côté droit respire normalement.

30 octobre soir : introduction d'une laminaire.

31 octobre : facies très bon, la malade se sent très bien, amélioration sur tous les points : l'épanchement a complètement disparu.

Encouragé par un succès aussi rapide, et surtout à cause des règles qui viennent de finir, je pratique un soigneux nettoyage de la cavité utérine et la badigeonne à la teinture d'iode.

Dans la suite, j'ai fait sept à huit nettoyages et badigeonnages sans avoir recours à la dilatation préalable. Le mieux se poursuivait graduellement, la température tombant à 37° le 10 novembre, le pouls à 76 le 15 novembre.

A cette époque, le membre inférieur droit est désenflé, il n'est plus douloureux à la pression, même sur le trajet de la veine malade. L'appétit est très bon, les sueurs ont disparu ; encore légère douleur du côté gauche qui provient d'un frottement qu'on constate au niveau de la région axillaire.

Mais les règles surviennent le 20 novembre très normales, sans aucune colique ; à leur suite, il se produit un gonflement sur le dos du pied gauche. La gaine des tendons extenseurs du pied, et surtout celle de l'extenseur du pouce, sont le siège d'un épanchement et sur leur trajet on constate une légère traînée rouge et une vive douleur à la pression ; les mouvements imprimés au pied et surtout au pouce sont très douloureux. Le trajet de la saphène redevient sensible ; la malade éprouve des douleurs dans l'épaule et le côté gauches ; la fièvre reparaît, l'appétit diminue.

A partir de ce moment, nous passons par des alternatives de mieux et de pire. A la suite de la synovite du pied gauche est survenu un gonflement énorme, inexplicable, de la jambe et de la cuisse.

De même, quelques jours après, le membre inférieur droit enflera sans autre cause appréciable qu'une douleur au niveau de la veine primitivement malade ; ces œdèmes sont tout à fait en disproportion avec les symptômes locaux.

Nous avons continué le traitement utérin avec obstination et avons pu croire à la guérison dans les premiers jours de janvier, la malade n'éprouvant plus aucun malaise, n'ayant plus de fièvre, mangeant et dormant bien. Vers le 20 janvier, cette guérison nous paraissait tellement complète, que nous avions cessé tout traitement, nous bornant à remonter la malade qui se plaignait d'une grande faiblesse.

Mais le 8 février, à la veille des règles, les douleurs du pied gauche reparaissent et sont suivies d'une enflure considérable de la jambe ; le genou droit se prend, devient le siège d'un épanchement douloureux ; il s'ensuit un œdème considérable de tout le membre droit.

On immobilise le genou et on en profite pour faire une compression générale des deux membres inférieurs.

Les règles apparaissent le 10 février, avec des coliques cette fois.

A leur suite, 15 février, un peu d'amélioration de tous les symptômes ; du reste, le traitement intra-utérin a été repris dès le 9 février et continué après les règles.

Le 21 février, malgré cette amélioration qui se maintient sans s'accentuer, nous sommes frappés par le facies de la malade : le teint est pâle, les pommettes trop rouges, l'œil brillant ; la peau de la face présente un aspect sale. La fièvre et les transpirations sont revenues. Et, surtout, les pertes utérines ont reparu.

26 février : l'état de la malade s'aggrave de nouveau ; tout est

remis en cause : synovite, douleur au niveau de la saphène, douleur au niveau du genou droit, douleur assez vive dans le côté gauche. La fièvre est assez élevée ; transpirations abondantes, la langue est sale et présente, vers sa base, une teinte brune que nous avons déjà remarquée au début de la maladie ; la faiblesse paraît extrême : la malade craint à tout instant de se trouver mal ; elle dit n'avoir pas la force de soulever ses bras, même pour boire et pour manger.

Du reste, ces malaises se compliquent maintenant d'un état mental particulier qui la rend très difficile à soigner.

Elle accuse des douleurs de tête ; elle éprouve la sensation d'un vide dans le cerveau : « Je me sens toute drôle, dit-elle ; j'ai des idées extraordinaires qui me traversent le cerveau ; il me semble que je deviens folle. » Elle dit qu'elle ne guérira jamais, qu'elle a une maladie extraordinaire ; elle parle constamment de son découragement et finit par le faire partager à son entourage et surtout à son mari qui ne l'a pas quittée un instant depuis le commencement de la maladie et qui finit par croire comme elle que la lutte est inutile.

Nous nous décidons à pratiquer un curettage ; pourtant, inquiet de la douleur du côté gauche, située cependant assez haut pour ne pas paraître venir des annexes, nous nous livrons à un examen minutieux qui ne nous fait rien découvrir de spécial. Mais cette malade est très grande, très forte, la matrice est très haute et les annexes difficiles à atteindre. Nous ne nous en tenons pas à notre opinion et appelons le Dr Picqué en consultation. Il croit d'abord, lors de sa première visite (27 février 1892) à un fibrome utérin ; puis, lors d'un deuxième examen, fait cette fois sous le chloroforme, il pense que la lésion est surtout annexielle, constituée probablement par un pyosalpinx ; la matrice est seulement augmentée de volume.

On fait une laparotomie le 19 mars 1902. Le ventre, une fois ouvert, on s'aperçoit que la trompe gauche est seulement augmentée de volume et indurée et qu'il s'agit d'une salpingite parenchymateuse. On trouve, en revanche, une matrice fibreuse. L'hystérectomie totale est pratiquée.

Après l'opération, on excise la matrice qui présente sept petits fibromes, dont quatre dans le voisinage immédiat de la muqueuse utérine ayant déterminé de la métrite (métrite fibreuse de Guyon, d'après M. Picqué).

A notre avis, c'est cette métrite, contre laquelle rien ne pouvait, qui a donné lieu aux troubles infectieux et rendu impuissant notre traitement intra-utérin.

Les divers symptômes que nous avons décrits et qui persistaient encore au moment de l'hystérectomie, ont complètement disparu après.

Les troubles psychiques que nous avons notés au moment de la maladie se sont manifestés avec encore plus de gravité pendant les trois ou quatre premières semaines qui ont suivi l'opération. Quatre jours après l'opération, et sous l'influence de complications sans importance, la malade est devenue sombre, taciturne. Elle ne parle que pour dire à son mari et à ceux qui l'entourent qu'elle va mourir, que ce n'était pas la peine qu'on lui fît subir tant de choses désagréables. Elle se refuse à manger ; elle jette autour d'elle le découragement, à un tel point que son mari la croit perdue et que rien, ni ce que nous lui disons pour le rassurer, ni même les signes d'une amélioration manifeste, ne peut le faire revenir sur cette opinion. Sa femme mourra, dit-il, il le sait bien ; si elle ne meurt pas des suites immédiates de son opération, elle

mourra d'une congestion de la poitrine... probablement parce qu'elle a toussé un peu sous l'influence de la grippe qu'elle a gagnée de son entourage. Ils semblent présenter à eux deux, le type du « couple morbide ».

Cependant, cet état s'étant un peu amélioré, la plaie abdominale étant cicatrisée et tous les troubles qui avaient rendu l'opération nécessaire ayant disparu au lendemain même de cette opération, la malade quitte la maison de santé au bout de cinq semaines, pour rentrer chez elle à la campagne, où je la revois deux ou trois mois après, complètement remise.

Dans le cas suivant, l'étiologie est encore rendue plus obscure par la diversité et le caractère relativement vague des accidents.

Dans ce cas, la dernière couche remonte également à treize ans et nul symptôme, même appréciable pour le médecin, ne vient trahir l'origine de l'infection.

Il a fallu un trouble inaccoutumé de la menstruation pour nous décider à intervenir du côté de la cavité utérine, car la malade affirmait être très bien portante de ce côté-là, n'avoir jamais eu ni pertes ni douleurs.

Obs. III. — Lymphangite, phlébite, accidents pulmonaires et arthrite du genou d'origine utérine, sans symptômes locaux apparents. — Mme M..., âgée de 42 ans, est d'une assez bonne santé ; cependant, la connaissant depuis dix-huit ans, j'ai pu remarquer que depuis quelques années elle avait un peu de cyanose habituelle de la face.

Elle a eu trois enfants, dont le dernier a 13 ans. Elle a eu, après sa deuxième couche, un commencement de phlébite de la jambe droite ; depuis quelques années, cette jambe enfle le soir ; elle est un peu douloureuse, elle présente au niveau de la région antéro-externe, un peu au-dessus de la cheville, une plaque violacée de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Depuis assez longtemps, cette plaque violacée s'accentuait le soir et toute la jambe elle-même devenait rouge, lorsque la malade s'était un peu fatiguée.

Aucun autre malaise : réglée très abondamment dix ou douze jours, sans aucune douleur dans le ventre, ni pertes blanches.

Le 18 mars 1894 elle a eu un violent frisson, a remarqué que son pied et sa jambe avaient subitement plus enflé que de coutume, elle en souffrait davantage, elle a gardé le lit pendant trois jours, a mis des cataplasmes, et, comme elle éprouvait de l'amélioration, elle s'est levée et a marché.

Mais le dimanche 25 mars, elle éprouve des frissons très violents accompagnés d'une sensation d'anxiété, d'étouffement et suivis d'une forte fièvre ; elle est obligée de se recoucher ; la jambe et le pied droits sont très rouges, très gonflés et douloureux, violacés par places ; elle ne peut mettre le pied par terre.

Elle appelle un médecin, qui lui applique du coton hydrophile, trempé dans une solution phéniquée, sur le pied et la jambe et comprime le tout avec des bandes ; elle devra garder ce pansement huit jours.

Dans la même nuit, elle éprouve de telles douleurs qu'elle est obligée de desserrer son pansement.

Les jours suivants se passent assez bien ; elle garde le lit, a un peu d'appétit et souffre moins de sa jambe qui a un peu désenflé.

Dans la nuit du 6 au 7 avril, elle a des frissons, une sensation

intolérable suivie de fièvre : enfin dans la nuit du 8 elle est réveillée par une vive oppression ; elle éprouve la sensation d'un poids sur la poitrine, elle se sent étouffer, dit-elle. Le médecin appelé lui applique un vésicatoire sur la poitrine.

Jusqu'au 12, elle éprouve de l'oppression, un sensation de très grande gêne dans le côté droit, elle a des crachats sanguinolents, des frissons et de la fièvre.

Je la vois pour la première fois dans la nuit du 12 avril.

Je la trouve assise sur son lit en proie à une grande oppression.

La face est cyanosée ; elle parle difficilement, la parole est coupée par l'étouffement ; le pouls est petit, rapide ; la peau est chaude : « Elle étouffé toute vive », dit-elle ; se plaint d'une douleur dans le côté droit. a perdu tout appétit, a de la diarrhée.

Elle tousse beaucoup et a. en ma présence. une quinte qui ramène des crachats fortement tachés de sang clair.

Elle se plaint de la jambe droite qui est enflée, d'un rouge violacé, et qui présente, un peu au-dessus de la cheville, une place brune ressemblant à une ancienne cicatrice d'un large ulcère variqueux. Cette place est très douloureuse au toucher et entourée d'une zone rouge plus prononcée que sur le reste de la jambe.

L'examen de la poitrine révèle de la submatité sur presque toute l'étendue du côté droit en arrière ; légère matité à gauche.

A l'auscultation : râles sous-crépitants en grand nombre à droite en arrière, très nombreux surtout au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate où ils masquent complètement le murmure vésiculaire qu'on entend du reste difficilement dans les autres parties du poumon où l'air pénètre mal.

D'assez nombreux râles disséminés à gauche. Le cœur bat rapidement, il est régulier, les bruits ont une résonnance métallique ; le second est dédoublé ; pas de souffle.

Je donne une potion à l'ipéca, du sulfate de quinine et mets un vésicatoire sur le côté droit, en arrière.

J'ordonne des cataplasmes de fécule sur la partie malade de la jambe droite et le repos absolu au lit.

Le lendemain, même état ; la malade demande surtout qu'on la soulage de son oppression ; je fais appliquer huit sangsues sur le côté droit.

15 avril : aspect de la face un peu meilleur, il y a moins de cyanose ; oppression un peu moindre ; la fièvre est moins forte ; la toux moins fréquente, les crachats sont moins sanguinolents, la jambe moins douloureuse, moins violacée, moins tendue : l'amélioration est incontestable.

Nouvelle aggravation le 17 : très grande douleur dans le côté droit ; je suis appelé le 18 à 4 heures du matin.

La malade a passé une très mauvaise nuit, tous les symptômes dons nous avons déjà parlé sont revenus avec leur intensité première ; les crachats sont plus sanguinolents et ont mauvais goût.

La jambe malade a de nouveau enflé ; cette enflure s'est étendue à la cuisse ; tout le membre présente un aspect violacé uniforme parsemé de marbrures. En plus des douleurs du point primitivement malade de la cheville, je constate une douleur sur tout le trajet de la gaine des vaisseaux jusqu'à l'aine ; les veines superficielles elles-mêmes sont douloureuses à la pression sur le côté extérieur de la cuisse. La malade se plaint du genou : j'y constate un peu d'épanchement.

Douleurs dans le cou, dans les deux épaules ; traînée de lymphangite sur l'avant-bras et le bras droits.

J'applique encore une dizaine de sangsues sur le côté droit et des cataplasmes de fécule sur tous les vaisseaux enflammés.

A la suite de cette dernière émission sanguine, amélioration sensible qui se maintient jusqu'aux premiers jours de mai où apparaissent les règles. Elles viennent mal, elles sont insuffisantes, le sang est trop foncé. Cependant la malade ne se plaint d'aucun malaise du côté du ventre, elle dit même n'avoir jamais rien éprouvé de ce côté.

Il y a encore en ce moment beaucoup de toux, encore des crachats faiblement sanguinolents, mais moins de fièvre, moins d'oppression, moins de douleur dans le côté droit.

L'auscultation donne encore des râles nombreux à droite, mais l'air pénètre mieux dans le poumon.

Le mois de mai se passe avec des alternatives de mieux et de pire du côté des vaisseaux de la jambe sans qu'on puisse attribuer à une cause quelconque l'aggravation qui se produit au moment où l'on s'y attend le moins, tous les autres symptômes s'améliorant.

Enfin, les règles apparaissent de nouveau le 1er juin, viennent mal, durent peu et aussitôt après leur disparition, la jambe gauche qui n'avait jamais rien eu jusqu'alors, se prend. C'est la cuisse qui a commencé, surtout sur le trajet des vaisseaux : puis, la jambe, le genou, le pied enflent, se couvrent de traînées rougeâtres très douloureuses qui disparaissent sur un point pour reparaître sur un autre.

Les phénomènes de la jambe droite que nous avons décrits plus haut et qui s'étaient améliorés, s'aggravent de nouveau, entraînant une réapparition des phénomènes généraux.

Cette nouvelle poussée inflammatoire survenant à la suite des règles, est, pour moi, un trait de lumière.

Malgré les affirmations de la malade qui persiste à dire qu'elle n'a jamais rien éprouvé du côté de la matrice, j'insiste pour pratiquer l'examen au speculum..

Cet examen me révèle quelques pertes jaunâtres. Je dilate le col à l'aide de la laminaire et je badigeonne la cavité avec la teinture d'iode. Je recommence cette opération au bout de deux jours et trouve à la suite de ces deux pansements une amélioration telle que j'en crois à peine mes yeux.

La jambe gauche, la dernière prise, va très sensiblement mieux : la jambe droite elle-même, qui n'avait cessé de présenter jusque-là de la douleur ou des rougeurs, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, s'est elle-même sensiblement améliorée.

La toux a presque cessé, l'appétit est revenu, la malade accuse un bien-être comme elle n'en a jamais éprouvé, dit-elle, depuis plus de trois mois.

Après le troisième pansement utérin que je fais deux jours après, il n'y a plus de trace de rougeur, ni de douleur du côté des jambes ; la jambe droite reste gonflée, surtout à la cheville, mais n'est plus douloureuse ; la toux a complètement disparu, la malade mange bien et se sent plus forte. Elle peut commencer à se lever et rester quelques heures dans un fauteuil, la jambe étendue ; peu de jours après elle fait quelques pas à l'aide de béquilles. Enfin, le 17 juin, toujours à l'aide de béquilles, elle peut assister à la première communion de sa fille.

J'ai continué à soigner la cavité utérine durant tout le mois de juin et jusqu'à la disparition complète de tout suintement utérin.

Dans le courant de juillet, j'ai fait porter à la malade un bas et un cuissard élastiques qui lui ont permis, au bout de peu de temps, de laisser ses béquilles.

Depuis, elle ne souffre plus de ses jambes, marche très bien et est admirablement bien portante.

Chose remarquable : la teinte cyanosée de la face qui m'avait

frappé et qui remontait à plusieurs années a complètement disparu ; cette personne a maintenant le teint clair, rosé !

En dehors de ces cas à manifestations multiples et souvent si graves, il en est d'autres où les manifestations se localisent sur un seul organe, le plus fréquemment sur une des grandes articulations : genou, coude, poignet, ou sur les synoviales tendineuses de la main et du pied : ce sont les plus connues.

Mais là ne se bornent pas ces localisations ; elles peuvent affecter les viscères, de préférence le tube digestif, et si elles se produisent à une époque assez éloignée de l'accouchement, si surtout elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène morbide du côté de l'appareil génital, leur étiologie pourra longtemps échapper aux recherches du médecin. Les trois observations qui vont suivre (Ob. IV, V, VI), me paraissent être le type de cette espèce de localisations qui se manifestent tantôt sous forme de vomissements, tantôt sous forme de diarrhée.

Dans les deux premières (Obs. IV et V), le voisinage relatif de l'accouchement, qui remonte à deux mois et demi et quatre mois, l'inutilité du régime et des traitements usités en pareil cas, m'ont rendu le diagnostic facile ; l'efficacité immédiate du traitement intra-utérin est venue le confirmer pleinement.

Dans l'autre, au contraire (Obs. VI), nous verrons combien cette origine peut être obscure.

Nous sommes ici loin de toute couche (l'accouchement remonte à dix-huit mois) et nul symptôme local ne vient trahir cette origine, qui peut paraître douteuse même après l'examen au speculum, lequel ne révèle que des lésions en apparence insignifiantes du col et tout à fait en disproportion, non seulement avec les troubles dyspeptiques, mais surtout avec l'altération rapide et déjà profonde de la santé générale.

Obs. IV. — Vomissements, diarrhée et cachexie grave, suite de couches, guéris par le traitement intra-utérin. — Je suis appelé le 29 mai 1894 chez M. le général H..., pour sa cuisinière, âgée de 31 ans.

On me raconte que cette femme est accouchée en Alsace depuis deux mois et demi, que sa couche s'est bien passée, qu'elle a été assez bien jusqu'à son retour de couche, mais que depuis six semaines, à Paris, à la suite d'une forte diarrhée, elle a pris mauvaise mine, elle a dépéri, elle a perdu l'appétit et le sommeil et, enfin, qu'actuellement elle ne mange presque plus, vomit le peu qu'elle prend, a constamment de la diarrhée et tous les soirs des frissons et de la fièvre ; elle a perdu ses forces et est incapable de faire quoi que ce soit.

La face est très maigre, d'un jaune terreux ; elle est encore recouverte du masque de grossesse ; la physionomie a une expression de tristesse, l'œil est terne.

Cette femme, en un mot, présente tous les symptômes d'une cachexie profonde. Elle ne se plaint pas du ventre, mais accuse des pertes très vilaines et sentant mauvais.

A Paris, on a, depuis deux mois, essayé de tout ; les purgations ou les anti-diarrhéiques arrêtaient bien les vomissements et la diarrhée pendant deux ou trois jours, le sulfate de quinine diminuait bien la fièvre, mais ces améliorations étaient de courte durée et les phénomènes morbides revenaient après avec plus d'intensité et malgré la continuation du traitement.

Après un examen approfondi de tous les principaux organes que je trouve sains, je déclare à Mme la générale H..., qui s'occupe de ses domestiques avec grande sollicitude, que cette femme me paraît être sous le coup d'une infection grave, d'origine utérine, et que des soins spéciaux doivent lui être donnés sans retard.

L'examen des parties sexuelles révèle une irritation considérable des parties externes et du vagin.

Au speculum, le col est rouge et laisse suinter un abondant liquide d'un jaune verdâtre.

L'orifice interne est assez ouvert pour me permettre de pénétrer dans la cavité utérine avec une tige mince et flexible recouverte d'ouate ; j'en profite pour faire, séance tenante, un badigeonnage à la teinture d'iode.

Comme la fièvre est assez intense, je redonne du sulfate de quinine.

Trois jours après, le 1er juin, la malade est à peu près dans le même état ; je touche largement la cavité utérine avec la pierre infernale.

Quatre jours après, le 5 juin, je trouve un très grand changement dans l'aspect général de la malade ; la physionomie n'exprime plus la tristesse, le teint est meilleur, l'œil plus vif ; elle m'annonce qu'elle va beaucoup mieux. Elle a encore de la diarrhée, mais elle a cessé de vomir ; elle a mangé avec un certain plaisir ; elle n'a plus ni frisson, ni fièvre ; elle a perdu, dit-elle, beaucoup de peaux à la suite de son dernier pansement, mais elle tache moins son linge et ce qu'elle perd ne sent plus mauvais.

Je fais une nouvelle cautérisation intra-utérine à la teinture d'iode. Quatre jours après, 9 juin, je revois la malade ; le mieux s'est encore accentué, la diarrhée elle-même a disparu, elle a de l'appétit et ce qu'elle mange passe très bien.

L'examen au speculum me permet de constater une très grande amélioration du côté du vagin et une bien moins grande abondance des pertes utérines qui sont maintenant d'un jaune clair.

J'introduis encore une fois la pierre infernale dans la cavité utérine.

Je revois la malade dix jours après, le 19 juin. Elle a eu ses règles qui sont terminées depuis trois jours ; elles sont bien venues sans provoquer de douleurs ; la malade est tout à fait bien, elle n'éprouve plus le moindre malaise, l'appétit est bon, les forces reviennent, le teint s'est tout à fait éclairci.

Je touche encore la cavité utérine deux fois à huit jours d'intervalle avec une mixture à parties égales de résorcine et de glycérine qui supprime les dernières pertes et consolide la guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

Obs. V. — Vomissements incoercibles, d'origine utérine, guéris par le traitement local. — La nommée A..., 23 ans, employée de commerce, accouchée pour la deuxième fois dans le courant de juillet 1893, et bien portante jusqu'en novembre suivant, est prise d'abord de maux de reins, puis de douleurs au creux de l'estomac, qui ont amené des vomissements.

A partir de ce moment, elle perd l'appétit et maigrit rapidement ;

elle est très échauffée et est prise, surtout la nuit, de douleurs toujours au creux de l'estomac qui lui enlèvent tout repos.

Elle ne nourrit pas son enfant, a eu son retour de couches, mais ses règles se sont interrompues deux fois et elle a d'abondantes pertes blanches.

Je la vois pour la première fois en avril 1894, six mois après le début des accidents. Elle est considérablement amaigrie, pâle, jaune ; la face est couverte de taches jaunâtres qui forment un masque spécial qui ressemble à celui de la grossesse ; elle n'a pas de forces, son aspect est triste, abattu. Elle se plaint de douleurs au creux de l'estomac ; elle vomit tout ce qu'elle prend depuis six mois ; elle mangerait volontiers, mais elle ne peut rien conserver. Elle a un peu de fièvre, elle a cessé tout travail.

Tout ce qu'elle a fait jusqu'à présent est resté inutile. Ne trouvant rien d'anormal dans aucun organe, soupçonnant quelque source d'infection du côté de la matrice, je pratique l'examen au speculum. Vulve, vagin violacés, pertes jaunâtres assez abondantes, col très gros, très rouge, très excorié.

Après dilatation, je badigeonne la cavité utérine à la teinture d'iode.

Au bout de dix jours, après trois pansements de ce genre, je constate un changement notable. L'aspect de la face est meilleur, l'expression en est moins triste, le teint s'est sensiblement nettoyé ; la malade est moins lasse, ses mouvements me paraissent plus vifs ; elle mange un peu et vomit moins.

Au speculum : pertes un peu diminuées, col moins volumineux, moins rouge, les excoriations se cicatrisent. L'amélioration se poursuit à vue d'œil à la suite de chaque pansement que je fais de trois en trois jours. Au bout d'un mois de traitement, l'appétit est tout à fait bon ; il n'existe plus de vomissement, ni de douleur au creux de l'estomac ; le teint est rosé ; l'embonpoint et les forces reviennent.

Les pertes ont disparu ; le col a repris son aspect et son volume normaux. La malade reprend ses occupations.

Obs. VI. — Diarrhée incoercible et commencement de cachexie, d'origine utérine, guérie par le traitement local. — Je suis appelé le 11 mai 1895, chez Mme M..., habitant Coubron (Seine-et-Oise), pour sa nourrice qui, depuis deux mois et demi environ, a la diarrhée.

Cette femme, âgée de 27 ans, paraît d'un tempérament solide ; mariée depuis sept ans, elle a eu trois enfants, dont le dernier a quinze mois.

Elle avait beaucoup de lait avant sa diarrhée, l'enfant qu'elle nourrit est très beau, cependant il a maigri depuis environ six semaines et on a été obligé de suppléer par des potages à l'insuffisance du lait de la nourrice. Cette femme a maigri de 15 livres depuis deux mois ; elle est pâle, a le teint d'un jaune sale et la face couverte de taches jaunâtres mêlées à des taches de rousseur qui lui font un masque spécial.

Elle se sent fatiguée, faible, et se plaint d'assez violentes coliques qui s'accompagnent de diarrhée.

Elle va tous les jours de 5 à 12 fois à la garde-robe, surtout la nuit à partir de 3 heures : deux ou trois de ces garde-robes sont très abondantes, elles sont toutes très liquides, d'un jaune clair, nous dit la nourrice.

Elle n'a jamais eu ni vomissement, ni même envie de vomir, n'a pas de frisson, n'a pas de fièvre.

Elle arrive de Paris, où elle a été soignée par le docteur B..., médecin des Hôpitaux, qui lui a donné des purgatifs, des digestifs, du bismuth, qui l'a mise au régime du lait, sans aucun résultat.

Les médicaments arrêtaient bien la diarrhée pendant 24 ou 48 heures, mais elle revenait plus forte ensuite et continuait malgré leur administration prolongée.

L'examen de cette femme ne révèle aucune lésion des organes de la digestion : le foie est normal, l'estomac est en bon état, le ventre est souple, absolument indolore, le cœcum ne présente aucune trace d'inflammation, le palper ne révèle rien du côté de la matrice et de ses annexes.

Cette femme a été réglée pour la première fois depuis sa couche, qui remonte à quinze mois, le 18 avril dernier, elle a perdu normalement pendant quatre jours.

Elle dit n'avoir aucune perte blanche. Malgré l'état apparent de parfaite santé des organes génitaux, je demande à les visiter, déclarant qu'on peut trouver de ce côté la cause de sa diarrhée.

La surprise de sa maîtresse, Mme M... est très grande, et, malgré l'entière confiance qu'on a en moi dans cette famille dont je suis le médecin depuis 18 ans, je crois remarquer qu'une certaine dose d'incrédulité se mêle à cette surprise.

12 mai 1895 : J'examine la femme au speculum ; je trouve la matrice en légère rétroversion, je ne vois pas de perte, le col a son volume normal, mais son orifice et la partie du canal cervical, qu'on peut apercevoir, sont d'un rouge vif et comme excoriés ; on dirait qu'ils ont été grattés, éraillés par un instrument tranchant.

Je déclare plus que jamais que là doit se trouver la cause de la diarrhée et qu'en soignant ces parties malades on arrivera à la faire disparaître.

La nourrice se résignant à subir le traitement en question, on me donne carte blanche.

12 mai : 1er pansement ; après avoir bien essuyé le col avec du coton hydrophile et bien nettoyé de la même façon le canal cervical, je prends mes dispositions pour pénétrer dans la cavité utérine que je soupçonne devoir être dans le même état que le canal cervical.

J'y pénètre assez difficilement et la badigeonne largement avec un mélange à parties égales de résorcine et de glycérine ; après quelques instants, j'essuie de nouveau le canal cervical et le badigeonne, ainsi que tout le col, avec le même mélange : quelques instants après j'introduis un crayon d'iodoforme dans la cavité utérine.

La malade ne devra prendre que du lait, des potages au lait, des œufs ; aucun médicament à l'intérieur.

Les 12, 13 et 14 mai la diarrhée est encore abondante.

15 mai : Je revois la malade ; le teint me paraît un peu meilleur ; elle n'a eu que deux garde-robes ce jour-là, la première moulée, la seconde un peu dérangée ; continuation du régime.

Je fais un deuxième pansement exactement pareil au premier.

18 mai : Le teint est décidément meilleur ; la lassitude est moindre ; la diarrhée est arrêtée depuis trois jours, c'est-à-dire depuis le deuxième pansement. La malade n'a que deux garde-robes moulées le matin, elle se sent beaucoup mieux, croit avoir un peu plus de lait et se dit très heureuse.

Elle éprouve des symptômes qui lui annoncent, dit-elle, l'apparition très prochaine des règles. L'examen au speculum me montre un col moins rouge ; la partie du canal cervical, que je peux apercevoir, est en bien meilleur état.

Je fais un troisième pansement, exactement pareil aux deux premiers.

J'accorde, en plus des aliments mentionnés plus haut, une cervelle de mouton au repas du soir.

Les règles viennent le lendemain 19 mai. Elles durent quatre jours, du 19 au 23, sont normales ; et pendant ces quatre jours la malade n'a qu'une ou deux garde-robes moulées par jour. Elle a de l'appétit, prend avec grand plaisir tous les aliments que je lui ai accordés, se trouve bien.

24 mai : Je la vois le 24 mai au matin, le lendemain du jour où ont fini les règles. Je la trouve de nouveau très démontée, parce qu'elle a eu ce jour-là, à la suite de deux garde-robes moulées, survenues le matin entre six et sept heures, deux autres garde-robes assez abondantes et très liquides, entre neuf et dix heures.

Elle a, dit-elle, moins faim que les autres jours, elle se sent l'estomac plein, bien qu'aucune infraction au régime n'ait été faite.

Remarquons, en passant, que nous sommes au lendemain des règles.

L'examen des parties naturelles me montre l'orifice du col un peu plus ouvert que les autres fois et, à ma grande surprise, cet orifice et le canal qui lui fait suite me paraissent revenus à l'état où je les avais trouvés lors de mon premier examen : encore excoriés, très rouges et d'un rouge violacé.

Je franchis très facilement l'anneau interne et je refais exactement le même pansement (c'est le 4e), d'avant les règles. Continuation du même régime.

Pas de diarrhée le 25 et le 26 mai, lendemain et surlendemain du pansement utérin. La malade est obligée de suivre à sa maîtresse à Paris le soir du 26.

Elle y est reprise de diarrhée le 27.

Elle revient le 28 et a sept garde-robes, entre trois et sept heures du matin. Elle a moins faim ; quand elle a pris quelque chose, elle accuse un malaise au creux de l'estomac.

Je la revois le 29 mai : Je la trouve très découragée par la réapparition de la diarrhée ; cependant son teint continue à me paraître meilleur et je suis toujours plein d'espoir dans le succès du traitement que je vais un peu modifier. J'introduis ce jour-là un assez long crayon de nitrate d'argent jusqu'au delà de l'anneau interne, pour être bien sûr d'exercer une action modificatrice assez énergique sur toute l'étendue du canal cervical, d'où me paraît venir tout le mal ; ni sur le moment, ni après, la malade n'accuse de douleur, ni de colique, ni de sensation de brûlure. Toujours régime lacté, potages et œufs ; j'ai supprimé la cervelle de mouton du repas du soir.

Une seule garde-robe, le lendemain 30 mai.

31 mai : Quatre garde-robes peu abondantes et *non liquides*, mais précédées de très, très légères coliques, « insignifiantes », dit la malade.

1er juin, 11 heures matin : La malade n'a pas encore eu de garde-robe à cette heure-là. Je la trouve gaie, le teint décidément meilleur, bon même ; l'expression de la physionomie est tout à fait satisfaisante, le masque de la face a presque entièrement disparu : la malade a faim et prend avec grand plaisir tous les aliments que comporte son régime.

Au speculum : l'escarre provoqué par la pierre infernale est en train de se détacher. Je nettoie soigneusement la cavité utérine et le canal cervical et les badigeonne largement avec le mélange de résorcine et de glycérine ; j'introduis ensuite un crayon d'iodoforme.

Une seule garde-robe moulée le 2 juin ; trois le 3 juin, dont une seule un peu dérangée.

Une seule garde-robe moulée le 4. Elle a faim, n'éprouve plus aucun malaise d'estomac.

Je la revois le 7 juin : Elle dit se trouver très bien ; elle a bonne mine, le teint est tout à fait nettoyé, clair maintenant ; elle a une grande faim ; elle est enchantée de ne plus avoir ni colique, ni diarrhée. Au speculum : col assez ouvert, lèvre inférieure encore un peu rouge.

Nettoyage du canal cervical et de la cavité ; pansement à la résorcine et à l'iodoforme. J'autorise de la viande au déjeuner ; toujours lait, œufs, potages, poisson et cervelles, le soir.

L'amélioration persiste le 11 juin.

Je fais encore un pansement ce jour-là. J'en fais un autre le 16.

Le canal cervical, ainsi que l'orifice du col, ayant complètement repris leur aspect normal, la malade ayant bonne mine et bon appétit, les garde-robes s'étant parfaitement régularisées (une seule garde-robe moulée par jour), je cesse tout traitement.

A la fin de juin, cette amélioration s'est encore accentuée et je laisse la malade tout à fait bien portante et ayant repris l'embonpoint qu'elle avait au début de sa maladie.

Elle peut dorénavant continuer à nourrir l'enfant exclusivement au sein.

Obs. VII. — Irido-choroïdite, d'origine utérine. — A la suite de ces observations, qui me sont personnelles, il m'a paru intéressant de relater un fait qui confirme l'opinion que j'ai émise sur les relations de cause à effet qui peuvent exister entre l'utérus et les autres organes.

Je cite textuellement le passage du journal qui en fait mention :

« MM. Vigne et Batuaud relatent dans les *Archives d'Ophtalmologie* l'observation d'une irido-choroïdite plastique à poussées menstruelles, rebelle à tous les traitements ophtalmologiques et notablement améliorée, du jour au lendemain, par le curettage utérin, qui mit fin à une endométrie glandulaire chronique à staphylocoques.

« L'amélioration se maintient encore, six mois après l'intervention utérine.

« Les auteurs concluent de ce fait : 1° Qu'en présence d'une affection oculaire à poussées menstruelles, il y a lieu de procéder à un examen gynéocologique, alors même que la malade n'accuse pas de symptômes bien nets du côté de l'appareil utéro-ovarien ; 2° que, s'il existe une endométrie chronique à staphylocoques, elle peut donner naissance à une irido-choroïdite plastique ; 3° que la désinfection de l'utérus, et surtout le curettage, peuvent amener une amélioration très notable et persistante de l'irido-choroïdite, alors que le traitement ophtalmologique n'a pu arrêter l'évolution de l'affection oculaire. »

Enfin on s'est attaché dans ces derniers temps à l'examen génital des femmes aliénées et on a trouvé en France 50 0/0 de métrites anciennes, ignorées jusqu'alors, par conséquent jamais soignées.

Leur traitement a produit sur quelques folles des résultats surprenants, nous dit M. le Dr Picqué, qui s'est occupé et s'occupe toujours de la question (*Recueil de Travaux*, tome I, Masson, éditeur). Les mêmes résultats ont été confirmés par des recherches faites dans les asiles d'aliénées des Etats-Unis et on a trouvé là 90 0/0 de métrites.

J'avoue que, pour ma part, je n'aurais pas hésité à combattre par

le traitement intra-utérin — si l'occasion s'en était présentée — les troubles psychiques graves qui surviennent à la suite de l'accouchement, aussi bien, du reste, que la lithiase biliaire que j'ai traitée une fois ainsi avec succès.

En résumé, lorsqu'on trouvera chez la femme, même très loin d'une couche, certains symptômes dont le type nous est fourni par les accidents de nature si diverse qui peuvent survenir pendant ou dans les environs de la période puerpérale, on doit porter toute son attention du côté de la matrice ; et, sans s'en laisser imposer par les dires des malades qui, de bonne foi, affirment être très bien portantes de ce côté, non plus que par le résultat même douteux d'un simple examen au spéculum, on doit — dès le début des accidents, sans hésiter — dilater le col pour donner une libre issue aux liquides que peut contenir la cavité, nettoyer ensuite cette cavité et la badigeonner largement avec un liquide antiseptique (la teinture d'iode m'a toujours donné d'excellents résultats).

L'expectation — et j'appelle ici expectation tout traitement qui ne s'adresse pas à la cavité utérine — peut dans certains cas, ceux à manifestations bruyantes et multiples, mettre la vie des malades en danger.

Dans les cas les plus bénins : manifestations du côté des articulations et des tendons, elle peut entraîner des infirmités graves et souvent incurables ; dans tous les cas compromettre gravement la santé générale.

Je terminerai en avançant ce fait : Qu'on doit nettoyer, antiseptiser la matrice de toute femme qui, accouchée depuis quinze jours ou trois semaines, ne se remet pas bien, n'a pas repris appétit et forces et surtout bonne mine.

J'ai agi ainsi couramment pendant les sept ou huit dernières années de ma pratique médicale et toutes les femmes chez lesquelles je suis intervenu de la sorte, en ont éprouvé un tel bienfait qu'elles me priaient, si elles avaient un nouvel enfant, d'avoir recours à ce même traitement avant même que fût écoulée la période des deux ou trois semaines à la suite de laquelle on peut juger, par le simple aspect de la femme et par son plus ou moins de facilité à reprendre son état normal, si la cavité utérine est ou non en bon état.

MÉDECINE LÉGALE

LA VIE INTRA-UTERINE ET SA DUREE

Par le Dr Morache, professeur de médecine légale à la faculté de Bordeaux (1).

Habitués que nous le sommes à raisonner ce que nous voyons autour de nous, à rechercher les relations de cause à effet, nous

(1) Extrait d'un ouvrage qui vient de paraître : Naissance et mort, étude de socio-biologie, Paris 1904, Félix Alcan, éditeur.

ne nous rendons pas compte des étapes longues et pénibles que la cérébration humaine a dû parcourir, alors que, partie de la presque animalité, elle devait atteindre son état présent, lequel n'est probablement pas définitif, mais se transformera encore. dans des périodes de temps dont rien ne nous permet d'évaluer la durée.

Lorsque l'homme eut acquis un degré évolutif, suffisant pour lui permettre d'associer à son activité de domestiquer certains animaux, il put mieux constater leurs habitudes et les comparer aux siennes; il vit que, à certaines périodes, les femelles recherchaient les mâles et qu'ensuite de ces conjonctions, celles-ci deviennent pleines; puis, qu'après un certain laps de temps, elles donnent naissance à un ou à plusieurs petits.

Appliquant ces données à lui-même, il eut ainsi l'intuition d'un rudiment de physiologie expérimentale; il put entrevoir la grande loi de la continuité des espèces.

Poursuivant son observation, il remarqua que la durée de la gestation n'est pas identique chez tous les animaux, mais qu'elle est sensiblement toujours la même dans une même espèce, qu'enfin les jeunes reproduisent souvent les qualités, les défauts de leurs géniteurs. Il put, dès lors, diriger, ou, à peu près, la reproduction de ses animaux domestiques, en choisissant, comme géniteurs, les mâles et les femelles les plus vigoureux et les plus beaux, ceux qui possédaient, au plus haut point, certaines qualités qu'il voulait assurer à leur descendance. Mais si la sélection empirique permit aux peuples pasteurs de perfectionner les espèces animales, leur richesse et leur orgueil, ils ne poussèrent pas plus loin le même principe, en l'appliquant à la famille humaine.

Il faut bien reconnaître aussi que l'homme des temps anciens n'était certainement pas transformiste, car toutes les légendes sur la création de l'homme ont un point commun, celui d'en faire plus ou moins un dérivé de la divinité, c'est-à-dire de la toute-puissance associée à l'infinie sagesse et, le plus souvent, à la majesté suprême. La légende sémitique, dans sa forme hébraïque, n'est pas plus modeste. « Dieu créa l'homme à son image. » Telle est peut-être la raison pour laquelle il n'a jamais bien cherché à perfectionner son espèce, il la trouve sans doute arrivée déjà au summum.

Un autre sentiment plus moderne et singulièrement plus digne s'est, sans doute, également opposé aux tentatives de culture physique, par voie de sélection, de l'espèce humaine : le respect de la dignité de l'homme; on veut le laisser libre dans ses unions, comme il doit l'être dans ses affections. Peut-être trouvera-t-on plus tard un terrain d'entente entre ces diverses façons d'envisager la question. De nos jours, un premier pas semble en voie de s'accomplir, celui de montrer à tous les inconvénients, les dangers qui menacent les enfants issus de parents portant des

tares communes. Mais si l'on peut beaucoup compter sur les effets heureux de la documentation et de la suggestion persuasive, nous croyons moins à ceux d'une législation restrictive et par suite oppressive, quelque intéressant et honorable que serait son objectif.

Une autre question a dû frapper l'homme, dès les premières observations qu'il poursuivit relativement à la reproduction des espèces : fixer à peu près, pour chacune d'elles, et plus spécialement pour l'homme, la période de temps qui s'écoule entre la fécondation et la naissance du jeune. Ce problème paraît en apparence facile à résoudre; il ne l'est cependant pas tant puisqu'il se pose encore à notre époque. Pendant longtemps, sa solution n'avait peut-être pas une importance sociale bien grande; elle n'en acquit que le jour où l'organisation de la famille prit un caractère légal et où l'on sortit des usages traditionnels pour entrer dans la précision juridique.

On put constater, tout d'abord, que chez les espèces animales, aussi bien que dans la famille humaine, si la durée de la gestation est, à peu de chose près, uniforme dans la même famille, on peut cependant constater des variations sensibles, allant pour la femme jusqu'à deux ou trois mois ; de là, la question des naissances précoces et des naissances tardives, l'étendue de ces variations et leur cause.

Nos ancêtres, sans remonter à une époque bien reculée, et de nos jours encore, d'aucuns se sont demandés et se demandent encore si les phénomènes évolutifs de nutrition qui se passent chez l'homme, ne sont pas influencés par les phénomènes sidéraux, par les révolutions des astres, en particulier par celles de la lune. Durant de longs siècles il eût été téméraire de prétendre que la destinée de chaque homme n'est pas réglée par le cours et la marche des astres ou d'un astre, personnel à chaque individualité. La science moderne, après avoir constaté que les plantes sont plus ou moins influencées dans leur développement par les influences lunaires, a reconnu comme cause essentielle des marées océaniennes l'attraction de l'astre de la nuit sur les masses liquides. Le flux et le reflux des eaux suivent les phases des ascensions lunaires. Ce n'est donc peut-être pas hérésie scientifique impardonnable que de se demander, si comme l'admettaient les écoles anciennes, les menstrues des femmes, et peut-être la fécondation, le développement de l'embryon dans la matrice, puis enfin son expulsion ne subissent pas aussi d'une façon, partielle peut-être, mais effective, quelque influence analogue. De ce que ces phénomènes sont encore inexpliqués, ne nous hâtons pas de dire qu'ils n'existent pas. Attendons et, convaincus que la science du plus savant des hommes ne pèse que d'un poids bien modeste par rapport à l'immensité de ce qu'il ignore, attendons les explications que nous ne possédons pas encore, et n'hésitons pas à

soulever quelque coin du voile qui nous cache encore la déesse mystérieuse, l'immuable vérité.

Hippocrate, résumant l'ensemble des doctrines déjà anciennes à son époque, et basées sur une observation plus de vingt fois séculaire, accordait une grande importance aux diverses phases de la lune sur les fonctions menstruelles qui se produisent chez la majorité des femmes tous les vingt-huit jours, c'est-à-dire dans un espace de temps égal à celui d'une évolution lunaire; mais, il est vrai, de toutes les époques de son cours, les fécondations opérées pendant la période ascensionnelle de l'astre seraient plus vigoureuses, dit-il, que celles qui se produisent pendant sa déclinaison. La durée de la gestation chez la femme serait sensiblement de dix périodes menstruelles, c'est-à-dire de deux cent quatre-vingts jours, si la femme est réglée tous les vingt-huit jours, avec un flottement possible de une ou deux périodes de dix jours si la femme est réglée tous les vingt-sept ou vingt-six jours ou au contraire tous les vingt-neuf ou trente. Il existe certainement, à ce point de vue, des conditions individuelles ou de milieu dont nous ne connaissons pas encore les raisons. Dans la doctrine hippocratique, la durée de la gestation pouvait donc varier de deux cent soixante à trois cents jours, en s'éloignant, mais cependant fort peu, de la moyenne deux cent soixante-dix à deux cent quatre-vingt. Les naissances précoces pouvaient, d'après lui, se produire au bout de cent quatre-vingts jours ou deux cent dix jours de gestation, c'est-à-dire après six mois de trente jours ou après trois dizaines de semaines.

Le droit romain accepta les fixations de l'école hippocratique relativement aux naissances précoces (180 à 182 jours) mais il resta moins large pour les naissances tardives; déjà la loi des XII tables, publiée par les décemvirs, 450 ans avant Jésus-Christ et qui dura jusqu'après le siècle d'Auguste, fixait à trois cents jours le terme ultime de la grossesse; si l'on vit déclarer légitimes des naissances survenues onze mois après le décès du mari, sans doute s'agissait-il, en l'espèce, de cas spéciaux ou de personnes particulièrement notables, dont les magistrats de l'époque croyaient nécessaire, pour éviter tout scandale, de couvrir les faiblesses.

Du droit romain, ces fixations demeurèrent en principe dans les lois canoniques; mais, peu à peu, on vit s'introduire plus nombreuses des exceptions au principe; on enregistra, comme légitimes, des parturitions de douze, treize et quatorze mois. Pour les expliquer, on admettait qu'il pouvait y avoir, chez les femmes, aussi bien que chez les hommes, de grandes différences dans la puissance génératrice. Les anciens parlements prenaient en capitale considération *l'honnesteté* de la veuve, placée bien au-dessus des lois de la nature. Ce n'étaient pas les seuls parlements, assemblées de magistrats, qui rendaient de tels jugements, mais bien aussi des facultés de médecine en Allemagne comme en France,

où le parlement de Paris légitima la naissance d'un prince de la maison de Bourbon-Condé, qui naquit onze mois après la mort de son père. Encore dans ce dernier cas, peut-il y avoir conteste et discussion scientifique, moins certainement que dans des naissances de douze, treize et quatorze mois acceptées par les plus hautes autorités médicales. La satire s'en mêlait : en 1637 le Parlement de Paris dut condamner un libelle relatant un prétendu jugement du parlement de Grenoble, validant une naissance, suite de la grossesse d'une noble dame qui, en l'absence du mari, avait conçu par un effort de son imagination, à la fois tendre sans doute autant que puissante. Dans un précédent ouvrage, nous avons reproduit le texte même du passage très intéressant dans lequel un grand satirique, qui fut aussi un grand biologiste, François Rabelais, fustige les autorités scientifiques de son époque, qui acceptaient si facilement la théorie des parturitions de onze mois pour certaines grandes dames; nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

Des discussions plus ou moins scientifiques durèrent jusqu'au commencement du XIVe siècle, mais sans aboutir à une solution définitive. Zacchias, dont l'esprit d'observation tempéré de prudence, donne un grand prix à son opinion, a cru devoir rester fort réservé ; il admet, sans doute, la parturition légitime de cent quatre-vingts jours mais il est plus difficile pour les naissances tardives, auxquelles il n'accorde qu'un délai maximum de quinze jours après les neufs mois, admis comme moyenne. En 1763 une grande discussion s'éleva dans les milieux médicaux et juridiques, en suite d'une consultation de Petit et de Lebas, sur laquelle l'avocat Gerbier se basait pour soutenir le bien fondé d'une requête en légitimation pour un enfant de trois cent vingt jours. Louis et Bouvard soutinrent une opinion contraire et, de tous côtés surgirent mémoires et rapports opinant en sens opposés. La naissance fut déclarée illégitime par le parlement de Rennes. Le naturaliste Buffon, reprenant la question de la durée de la gestation chez certains animaux, avait cru pouvoir établir qu'elle est à peu de chose près variable dans une même espèce ; mais la fixation en demeurait encore indécise. La question fut de nouveau étudiée expérimentalement par Tessier, qui soumit, en 1817, à l'Académie des Sciences un mémoire rapportant les résultats de 572 observations portant sur des vaches dont la parturition avait été suivie depuis la date du coït fécondant jusqu'à celle de la naissance; il démontre que, sans doute, les naissances se produisent d'ordinaire chez les vaches dans la quarante et unième semaine qui suit le rapport, mais que dans 29 p. 100 des cas, elle a lieu dans la quarantième et, dans 18 p. 100, pendant la quarante-deuxième.

En Angleterre M. Spencer est arrivé à un résultat identique; sur 731 observations, il relève 50 p. 100 des naissances dans la

quarante et unième semaine, 22 p. 100 dans la quarante-deuxième et 17 p. 100 dans la quarantième.

Ces recherches démontrent, à nouveau, le fait signalé par Buffon de la pseudo-fixité de la durée de la gestation pour une même espèce, mais de la possibilité de légères variations de une ou deux semaines. De plus elles avaient été entreprises sur des animaux chez lesquels le point de départ est facile à établir, à la condition qu'il n'y ait cependant qu'une séance de fécondation. En ce qui concerne la femme, le point de départ est très délicat à déterminer, avec la précision que comporte une expérience scientifique. Sans doute, s'il y a eu un rapport unique, comme dans un cas de viol, il paraît probable que le point de départ est certain; encore faudrait-il s'en rapporter à la déclaration de la victime, précieuse à coup sûr, mais toujours vaguement suspecte de faiblesse ou de fraude. Il faudrait vérifier dans des conditions de certitude absolue et ce n'est guère possible. L'expérimentateur pourrait lui-même devenir suspect d'attentat à la pudeur, tout au moins d'outrage à la morale.

On a relevé les cas dans lesquels on était à peu près certain du point de départ, et, en réunissant les citations d'observateurs ayant pu agir dans des circonstances très spéciales, on a trouvé que la moyenne des naissances se produisait vers le deux cent soixante-quatorzième jour après le rapport unique, avec quelques oscillations entre deux cent soixante-quatre et deux cent quatre-vingt-quatre.

Le problème, on le comprend, n'a pas, et même ne peut avoir de solution mathématiquement précise, même en sachant la date du rapport fécondant. Ce serait cependant beaucoup que de la pouvoir déterminer, cette date ! On a proposé, à ce sujet, une solution quelque peu bizarre, nouvelle démonstration des utopies que peuvent soutenir certains esprits qu'obnubile, par trop, le désir d'atteindre un résultat : ce serait de s'adresser à des médecins mariés qui consentiraient à transformer leur épouse en milieu d'observation. Evidemment les auteurs de pareilles propositions n'ont pas réfléchi à tout ce qu'elle a de peu pratique, autant que de naïf. Tout d'abord, il faudrait imposer aux époux un seul rapport fécondant entre chaque période menstruelle. Ce ne serait peut-être pas facilement accepté des parties prenantes et en vain invoquerait-on la grandeur et l'importance du but poursuivi ; le contrôle ne manquerait pas non plus que d'être quelque peu délicat à instituer. Des causes d'erreur, parfois involontaires, des oublis, se pourraient produire dans le cours de l'expérience, et lorsqu'on en arriverait à les discuter, peut-être en quelque séance académique, les personnes dévouées au sacrifice, qui se seraient offertes comme milieu d'expérimentation, pourraient courir le risque de remarques déplaisantes. Enfin il existe, en matière juridique, un certain axiome en vertu duquel nul ne saurait être juge dans sa propre cause, ce serait bien le cas de l'appliquer. En supposant même

que l'on puisse avoir, que parfois l'on ait eu, la date certaine du rapport unique, on ne saurait encore de quand faire, exactement partir la conception qui, seule, marque le début de la grossesse. Ce ne saurait être celle du rapport, car la pénétration du spermatozoaire dans l'ovule peut, suivant de multiples conditions, ne se produire que plus ou moins longtemps après le contact sexuel. Si l'ovule est déjà détaché de l'ovaire et qu'il est plus ou moins avancé dans sa pérégrination au travers du canal de l'oviducte, et plus loin sur la muqueuse utérine, il peut ne rencontrer que tardivement le spermatozoïde, qui suit péniblement la même route en sens inverse, contournant, surmontant les obstacles épithéliaux qui retardent sa marche. Lui-même, ne se trouve-t-il pas dans d'excellentes conditions, au double point de vue de l'alcalinité du milieu aussi bien qu'à celui de sa température ? Il peut, l'expérience sur les animaux le démontre, conserver toute son énergie, toute sa puissance fécondante pendant quinze jours et plus ; il a toute latitude pour cheminer ainsi longtemps sur les muqueuses, à la recherche de l'ovule, dans lequel il doit pénétrer, disparaître en déterminant ainsi le grand processus biologique : l'union de deux éléments sexués, la fécondation.

En nous exprimant comme nous venons de le faire, il semble que, peut-être, nous avons attribué au spermatozoïde une sorte d'intelligence, de volonté consciente dans sa recherche de l'ovule ; possède-t-il en réalité ces facultés ? nous l'ignorons sans doute, mais il n'y a aucune hérésie scientifique à l'admettre ; il semble logique d'accorder au plus modeste des éléments biologiques une part d'instinct, d'intelligence, dans la poursuite de l'activité qui lui est dévolue ; nous l'admettons, pour l'ensemble formé par la réunion de tous ces organismes qui constituent une individualité définie. Dans la nature, tout est relatif au point de vue grandeur, de même chacun des organismes semble pouvoir être doué des forces qui lui sont indispensables pour accomplir son rôle, il n'y a point de *hasard*, l'emploi de ce terme est un aveu d'ignorance, il y a des lois, auxquelles tout obéit.

Le premier terme du problème reste donc fatalement indécis pour l'instant, le *a quo* des anciens. Le *ad quem* l'est un peu moins, bien qu'il y ait encore matière à discussion. Quand se termine la grossesse ? Sans doute, lorsque commence l'accouchement, mais il existe toujours un laps de temps, parfois considérable entre l'instant où se montrent les premières douleurs cervicales et celui où le fœtus est expulsé en entier en dehors des voies maternelles. Au point de vue strictement biologique, la grossesse prend fin dès que le placenta cesse de mettre en corrélation la circulation de la mère et celle du fœtus, ce dernier pouvant être, encore en partie, contenu dans les voies maternelles, pouvant être aussi complètement issu de ces dernières. Légalement, le moment de la naissance doit être celui où l'enfant cesse de n'être qu'une dépendance de la

mère, pour commencer sa vie propre, individuelle ; la gestation s'arrête alors.

En pratique, les tocologistes les plus autorisés admettent que la durée normale de la gestation est, chez la femme, de neuf mois environ, ce qui fait deux cent soixante-quinze jours, mais cette fixation n'est pas absolument exacte, en raison de la durée variable des mois ; en laissant cinq jours d'aléa, avant comme après, on obtient deux cent soixante-dix à deux cent quatre-vingts jours, ce qui suffit dans la plupart des cas de la pratique courante. Nous verrons plus loin, en traitant de la filiation, les conséquences juridiques que ces conditions biologiques ont permis d'établir.

Jadis, on attachait une grande importance, au point de la durée de la vie intra-utérine, à la qualification sexuelle de l'enfant. D'après Buffon, les femelles naissent plus tard que les mâles, mais l'inverse a été soutenu, les mâles, au contraire, exigeraient une plus longue gestation que les femelles. De même, l'on a admis que les conceptions donnant des femelles appartenaient tantôt aux fécondations survenant avant la période menstruelle, tantôt aux fécondations postérieures à celles-ci. En fait, cette question biologique reste un problème, non certainement insoluble mais délicat à résoudre ; pour le moment encore, il ne comporte pas de solution précise, suffisamment justifiée, bien que des autorités respectées, Stoltz, de Strasbourg, en particulier, aient cru pouvoir prendre parti en faveur de la gestation un peu plus prolongée dans le cas du produit masculin ; on doit encore conserver à ce sujet une très prudente réserve.

MÉDICATIONS NOUVELLES

SE RAPPORTANT A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Le bleu de méthylène comme analgésique.—Préconisé par Ehrlich et Lippmann, comme analgésique ; administré par MM. Combemale et François avec succès dans les névralgies simples ; avec des succès moindres dans les névrites et les douleurs de l'ataxie. Il a souvent donné de bons résultats dans les rhumatismes articulaires aigus et dans un cas de douleurs ostéocopes et d'hydartrose traumatique. Deux heures après l'injection de ce composé, la douleur disparaissait et ne survenait que six à huit heures après. Aucun phénomène gênant ne fut signalé.

C'est un analgésique qui se fixe sur le cylindre-axe, en modifiant l'exagération morbide des fonctions sensitives du nerf.

Le bleu de méthylène étant une matière excellente pour colorer les plasmodies pathogènes de l'impaludisme (hématozoaires de Laveran), aussi bien sur les préparations desséchées que dans le sang frais MM. Guttmann et Ehlirch ont eu l'idée d'employer cette substance comme médicament centre l'impaludisme même. Ils ont donc donné le bleu de méthylène à quelques malades atteints de fièvre intermittente à la dose de 50 centigrammes, toutes les trois heures, répétées pendant huit on dix jours. Or, dès

les premiers jours du traitement, la rate diminuait de volume et la guérison, après cinq ou six jours, pouvait déjà être considérée comme complète. Pendant la campagne de Madagascar, le Dr Durbec, directeur de l'hôpital maritime de Tamatave, a employé avec succès les pilules au bleu de méthylène. Les paludéens ont vu leurs douleurs faciales calmées par 4 à 6 pilules.

Le Dr Netchaiew l'emploie contre la néphrite aiguë et le mal de Bright. Il fait prendre au malade trois cachets par jour, renfermant chacun 3 centigrammes de bleu de méthylène. Sous l'influence de cette médication, on constate dès le jour suivant la coloration bleue de l'urine et une augmentation de la quantité des urines. Pendant les jours suivants, la quantité d'urine, qui était de 850 à 900 centimètres cubes, arriva jusqu'à 3,600 centimètres cubes. Il vit en même temps s'amender d'abord, puis disparaître l'albuminurie, les cylindres hyalins, l'ascite, l'œdème, les phénomènes du côté du cœur et des poumons. La guérison complète fut obtenue dans ces trois cas au bout de neuf, douze et dix-sept jours de traitement.

Les Drs Boinet et Layet ont employé avec succès le bleu de méthylène à la dose de 0 gr. 05 pendant huit jours dans la blennorragie; l'écoulement cesse dès le huitième jour.

Le bleu de méthylène agissant d'une façon remarquable dans le traitement des phénomènes douloureux, son emploi était tout indiqué dans le traitement de l'angine de poitrine (G. Lemoine).

Les travaux de M. Combemale sur le traitement de la sciatique par le bleu de méthylène ont fait voir que les névralgies rebelles, même liées à de la névrite, sont presque toujours améliorées et souvent guéries par l'usage prolongé de ce médicament. Dans des cas de névrite sciatique avec atrophie du membre malade et perte des réflexes, les douleurs disparurent peu à peu et les mouvements reprirent leur intégrité. Le bleu de méthylène n'est pas seulement un calmant, mais encore un excitant des fonctions du système nerveux.

Si l'innocuité de cet agent nervin est absolue quand il est pur, on ne saurait en dire autant de beaucoup d'échantillons de bleu de méthylène que l'on trouve dans le commerce. Il arrive en effet trop souvent que ce produit contient des substances étrangères, entre autres de l'arsenic, du zinc et des produits organiques dérivés de la houille, encore mal connus, qui, non seulement, en altèrent les propriétés thérapeutiques, mais peuvent même le rendre dangereux. M. Doumer a découvert un procédé de purification qui lui permet d'éliminer toutes les substances étrangères et de préparer un bleu de méthylène chimiquement pur.

Mode d'emploi. Doses. — La dose qu'il convient d'employer pour obtenir les effets de sédation et de guérison de la douleur est de 20 à 40 centigrammes, de 4 à 6 pilules préparées par M. Doumer, par jour, en une ou plusieurs prises, avant les repas ou dans leur intervalle.

(*Bocquillon*, médicaments nouveaux, 1902).

La paraldéhyde et la scopolamine comme calmants et soporifiques. — Voici l'opinion de Blumke sur la valeur respective de la paraldéhyde et de la scopolamine *(Mund. med. Woch. n° 47, p 96).*

La paraldéhyde possède l'inconvénient d'avoir une odeur et un goût trop accentués. On obvie à cet inconvénient en administrant ce remède dans du thé fortement sucré. Il faut absolument rejeter l'emploi de la paraldéhyde sous formes de liqueurs alcooliques. On obtient l'effet désiré avec des doses de 3 grammes qui, selon les cas, peuvent être portées jusqu'à 4 à 6 grammes. L'auteur n'a pas observé les effets secondaires nuisibles de ce composé, même aux doses de 20 à 24 grammes.

Le sommeil est produit environ un quart d'heure après l'absorption, sans que l'hypnose soit précédée d'une période d'excitation quelconque.

Le sommeil dure de cinq à huit heures, au réveil le malade ne ressent aucun malaise, au contraire il ressent le bien-être que procure un bon sommeil. Comme ce composé n'occasionne pas de troubles, les malades le prennent sans aucune répugnance. Un emploi prolongé pendant des mois de paraldéhyde, à raison de 30 à 40 grammes, peut donner naissance à un delirium analogue au délirium alcoolique, mais il suffit alors de cesser l'emploi de la paraldéhyde pour que le paraldéhydisme disparaisse.

La paraldéhyde malheureusement

n'a pas de grande efficacité en présence de douleurs physiques intenses, ou d'états d'excitation particuliers comme il s'en produit durant certaines psychoses. Ainsi les accidents causés par la manie, la mélancolie, certaines démences, la paralysie et l'idiotie séniles ne peuvent être combattus par la paraldéhyde.

M. Blumke emploie dans les cas que nous venons de citer la scopolamine, à l'état de bromhydrate, par doses de 0 gr. 0005 0 gr. 0015, en injections sous-cutanées Environ après trois ou cinq minutes, se produit une diminution dans la sensibilité de la substance cérébrale. L'état produit se maintient pendant six à dix heures. Il est rare qu'il soit nécessaire de renouveler la dose deux heures après.

Les actions secondaires de cet alcaloïde consistent en une mydriase durant plusieurs jours et en une diminution de la sécrétion salivaire, ainsi que de la transpiration. M. Blumke recommande encore l'emploi de ce calmant, dans des maladies où une forte fièvre crée un état d'excitation très préjuciciable. On peut encore l'employer dans certaines affections spasmodiques à des doses de quelques dixièmes de milligramme.

L'apocodéine contre la constipation. D'après le professeur Combemale, le chlorhydrate d'apocodéine agirait efflacement, à doses faibles, contre la constipation, la stagnation des matières fécales étant due à l'atonie de la tunique intestinale musculaire aussi bien qu'à l'insuffisance des sécrétions glandulaires, quand les deux causes réunies n'entrent point en jeu. C'est donc dans ce sens que M. Combemale a étudié l'action laxative de l'apocodéine, en injections sous-cutanées, chez une trentaine de constipés.

Dans tous les cas, il a employé la solution suivante :

Chlorhydrate d'apocodéine................	50 centigr.
Eau stérilisée..........	50 gr.

La quantité injectée étant, en général, de 2 centimètres cubes, la dose du médicament absorbé était de 2 centigrammes en moyenne. Cette dose, suffisante pour produire l'effet recherché, ne pouvait avoir sur l'organisme aucun retentissement.

M. Combemale a ainsi constaté que le chlorhydrate d'apocodéine est un médicament que l'on peut employer toujours contre la constipation habituelle, sans crainte du moindre accident. Dans presque tous les cas, son effet est sûr et assez rapide à la dose de 2 centigrammes par la voie hypodermique.

Le Bromméthylformine comme sédatif. — C'est un Hexaéthylènetétramine-brométhylate.

M. Trillat a obtenu ce corps en faisant réagir le bromure d'éthyle sur une solution alcoolique étendue de formine. La formine a été obtenue par M Trillat en traitant le formol par l'ammoniaque. Il se présente en paillettes cristallines incolores, très solubles dans l'eau. La solution traitée par le carbonate de soude régénère le formol et donne du bromure de sodium. Elle n'a aucun goût désagréable.

Le Dr Barbet a essayé ce produit, il l'a administré à la dose de 2 à 4 grammes à des enfants ou à des femmes comme sédatif nerveux ; il a été très bien supporté, il a amené l'effet des bromures métalliques, sans provoquer aucun effet secondaire, et a été accepté sans difficulté par lesmalades qui éprouvent une certaine répugnance pour les bromures métalliques.

Le Dr Féré a expérimenté ce produit pendant plus de trois mois, chez les épileptiques de son service.

Des observations de M. Féré, il résulte que, chez les épileptiques avérés, influencés par le bromure de potassium, on a pu remplacer le sel métallique par le sel organique, sans que les accès devinssent aussi fréquents que lorsqu'on cesse l'action du bromure ; il a une action sédative beaucoup plus faible, il est vrai, mais il faut tenir compte de la faiblesse de la dose. Les malades qui prenaient des doses de 8 et 10 grammes de bromure ont reçu des doses identiques de brométhylformine ; or la dose aurait dû être de 12 et 15 grammes pour être équivalente ; c'est donc comme si l'on avait ramené les doses de bromure potassique à 5 et 6 grammes.

D'après le Dr Bardet, chez des épileptiques, sujets particulièrement sensibles à cette médication, la brométhylformine a agi comme un succédané du bromure, mais avec une activité moindre ; malgré les doses assez élevées, il n'y a pas eu d'éruption bromique, et l'éruption a disparu là où elle existait.

DOSES. — Solution aqueuse. Cachets à la dose de 8 à 10 grammes

Traitement des gastro-entérites infantiles par les féculents. (Dr MERY.) — La diète hydrique, l'auteur le reconnait, est le meilleur moyen d'arrêter les fermentations intestinales, cause des entérites infantiles graves, mais elle ne peut être continuée longtemps ; le retour à l'alimentation lactée est souvent suivi d'un retour des accidents et finalement, après des periodes alternatives de diète et de fièvre, l'enfant se cachectise de plus en plus et succombe. L'alimentation par les décoctions féculentes succédant à la diète hydrique a paru, à l'auteur, donner les meilleurs résultats. On peut employer la décoction de farine, l'eau de riz, le bouillon de légumes. La décoction de riz, obtenue avec le bouillon de légumes, est l'alimentation qui a paru donner les meilleurs résultats, supérieurs à ceux que l'on obtient avec les laits modifiés ou coupés, et avec le bas-beurre. C'est chez les enfants âgés de plus de six mois que les résultats ont été surtout excellents.

L'alimentation par les décoctions féculentes est constamment suivie d'une augmentation de poids. Mais il n'a point paru à l'auteur qu'il s'agissait là d'un profit réel. En effet, la décoction a une teneur en sel double de celle du lait ; il est invraisemblable que l'organisme. plus chargé de sels, fixe une certaine quantité d'eau ; certains enfants ont, en effet, présenté un œdème sans albuminurie, qui cessait lorsqu'on revenait au régime lacté ; le poids s'abaissait également, toujours plus ou moins, à la reprise du lait.

On comprend que ce régime peut lutter efficacement contre la déshydratation rapide qui emporte nombre d'enfants atteints de gastro-entérite.

Le bouillon en faveur chez M. Mery est ainsi préparé :

Carottes	400 gram.
Pommes de terre	300 gram.
Navets	100 gram.
Haricots	30 gram.
Sel	35 gram.

Pour 7 litres d'eau.

La cryoscopie montre que le point de congélation de cette solution est identique à celle du serum sanguin (0.56), ce qui facilite sans doute l'absorption ; tandis que, d'autre part, la moindre teneur en albuminoïdes lutte efficacement contre les fermentations dans le tube digestif. (*Société de Pédiatrie*, octobre 1903.)

Le massage par le mercure métallique. — Hofmeister de Tubingue préconise une méthode originale qui lui rend des services dans certains cas. Le malade est assis sur un siège peu élevé à côté d'un cylindre métallique de 15 centimetres environ de diamètre rempli à moitié, c'est-à-dire à une hauteur de 50 centimètres, de mercure métallique. Il s'agit de plonger la main à plusieurs reprises dans le mercure et d'essayer d'atteindre le fond du cylindre.

Chaque séance dure de 15 à 60 minutes.

L'auteur a soigné par ce procédé une centaine de malades présentant, à la suite de panaris et de phlegmons, des œdemes, des ankyloses de la main, ou encore des fractures du carpe, des métacarpiens, du radius, etc.

Le résultat dépend de l'énergie du patient, mais il est remarquable : les œdèmes les plus considérables disparaissent après chaque séance (diminution de 1 à 1 1/2 centimètre de la circonférence d'un doigt œdématié, par exemple). Les mouvements dans les articulations raidies reviennent aisément. On n'a jamais noté d'intoxication hydrargyrique ou trouble d'aucune sorte.

Ces résultats s'expliquent par l'uniformité de la pression exercée par le mercure, dans tous les segments horizontaux. Cette pression augmente en revanche quand on la mesure de haut en bas, et ce sont les extrémités des doigts de la main plongée dans le métal qui subissent la pression maxima. La circulation centripète est de cette façon énormément facilitée, et cela sans douleur aucune.

En résumé, il semble qu'on se trouve en présence d'un procédé capable de rendre des services dans les cas où le massage n'exige pas une grande dépense d'énergie ; il peut être appliqué par le malade lui-même.

Traitement des hémorroïdes fluentes (DESPLATS). — Le traitement des hémorroïdes est généralement sérieux. Les malades demandent à s'y soustraire, quoique leurs hémorroïdes fluentes puissent mettre leur vie en danger, par le

nombre et l'abondance de leurs hémorragies.

Le Dr Desplats a d'abord eu l'idée de les traiter par la cautérisation ignée, mais ses tentatives ont échoué, comme les essais analogues faits au niveau des fosses nasales dans les cas d'épistaxis.

Alors, suivant une méthode employée contre les hémorragies nasales à répétition, il a recherché le point où se fait l'hémorragie et l'a cautérisé au nitrate d'argent.

Le premier malade ainsi traité par lui est guéri ; depuis deux ans, ses hémorroïdes n'ont plus coulé. Chez trois autres personnes, le résultat a été tout aussi satisfaisant.

La méthode s'emploie dans les cas d'hémorroïdes internes devenues procidentes ou devenant procidentes quand le malade pousse, et dans les cas d'hémorroïdes externes fluentes. L'auteur n'en a pas fait l'essai sur les hémorroïdes non fluentes que l'on pourrait peut-être traiter systématiquement par la cautérisation au nitrate d'argent. — Elle a cet avantage d'être à la portée de tous, d'être peu douloureuse et, comme il a été dit, elle évite au patient une opération chirurgicale, parfois grave et dangereuse.

Donc, un malade ayant des hémorroïdes fluentes, on lui donne un lavement qui le fait aller à la garde-robe Quand il est nettoyé, on recherche tous les points saignants et, après badigeonnage à la cocaïne, on les cautérise Si quelques-uns échappent à l'examen, on les cautérise après coup. La cautérisation se fait perpendiculairement au point saignant ; on cautérise simplement à la surface... ; on voit le sang poindre en quatre, cinq, six points, on y porte l'extrémité du crayon qu'il est inutile de faire pénétrer profondément à 1 centimètre et plus.

Suivant l'explication de M. Lavrand, l'application du nitrate d'argent amène la coalugation des matières albuminoïdes, qui forment ainsi un caillot oblitérant. Le caillot est d'abord incomplet, mais devient le point de départ d'une coalugation complète. La circulation étant ralentie, la veine s'affaisse. — De même, quand on cautérise au niveau de la muqueuse nasale, on cautérise en surface ; les vaisseaux étant extrêmement petits, il suffit de toucher pour arrêter le sang, même s'il s'agit d'une hémorragie opératoire.

FORMULAIRE

Pilules contre la métrite chronique. (GALLARD).

Ergotine	5 grammes.
Carbonate de fer	5 —
Extrait gommeux d'opium	25 centigr.

F. s. a. 50 pilules.

Quatre par jour aux femmes atteintes de métrite chronique.

Crayon caustique contre la métrite.

(DE SINETY).

Acide phénique cristallisé	5 centigr.
Glycérine	5 gouttes.
Tanin	4 grammes

Gomme adragante q. s. pour des crayons de 3 centimètres de long, et de 3 à 4 millimètres de diamètre. — On s'en sert pour cautériser le col utérin, dans le cas de métrite de cette région. — Si on échoue, on recourt à la cautérisation avec l'acide chromique, en employant une solution à parties égales d'acide chromique cristallisé et d'eau.

Bougies contre le vaginisme.

(LUTAUD).

Beurre de cacao	5 grammes
Extrait de ratanhia	2 —
Cocaïne	15 centig.

Pour une bougie.

On en introduit une matin et soir, dans le vagin, pour combattre le vaginisme, qui est souvent déterminé par une petite fissure longitudinale, étroite, située au niveau de la fourchette.

Traitement de l'Alopécie chez les enfants convalescents de fièvre typhoïde.

(J. COMBY).

1° La tête de l'enfant sera protégée contre les frottements et la pression des oreillers par un bon enveloppement.

2° Matin et soir on fera une onction avec la pommade suivante :

Moelle de bœuf .. 30 gr.
Sulfate de quinine } āā 0,50 centigr.
Turbith minéral.. }

3° On alternera avec la lotion suivante :

Eau distillée........... 100 gr.
Carbonate de soude.... } āā 1 —
Borax.................. }

(MAUBIAC.)

4° Une fois par semaine, on savonnera le cuir chevelu, puis on fera une friction avec :

Alcool .... 100 gr.
Naphtol........... 0,50 centigr.

Contre l'entérite glaireuse compliquant la métrite.

(J. CHÉRON).

Diète lactée mixte; lavements d'ipéca à 2 grammes; teinture d'iode sur la région lombaire. Avant chaque repas, l'un de ces cachets :

Poudre d'yeux d'écrevisses............... } āā 2 gr.
Poudre de guarana..... }
Sous-nitrate de bismuth } āā 4 gr.
Pepsine anglaise....... }
Magnésie lourde....... 6 gr.

M. pour 30 cachets.

Frictions contre les oreillons.

Glycérolé d'amidon....... . 30 gr.
Onguent napolitain.... ... 2 —
Sulfate de morphine....... 1 —
Pour frictions matin et soir.

Frictions contre les crampes

Frictions sur les muscles contractés avec le liniment suivant :

Laudanum de Sydenham.... p. é.
Chloroforme................ p. é.
Huile de jusquiame.......... p. é.
M.

Traitement de la laryngite catarrhale aiguë.

1° *Repos complet de la voix;* éviter la fumée en général, celle du tabac en particulier ; éviter de boire ou très chaud ou très froid ; éviter les boissons alcooliques ou les mets épicés.

2° *Inhalations* trois fois par jour avec :

a) Eau chaude (80 à 90°) pure ou aromatisée avec du tilleul, du sureau, de l'eucalyptus, ou :

b) Eau de laurier-cerise... 20 gr.
Alcool à 90°............. 100 gr.

Une cuiller à café dans un demi-litre d'eau chaude, ou :

c) Chlorhydrate de morphine............... 10 centigr.
Eau de laurier-cerise.. 10 gr.

Dix gouttes dans eau chaude de Q. S. pour une inhalation.

LES PULVÉRISATIONS, INSUFFLATIONS, BADIGEONNAGES DOIVENT ÊTRE SÉVÈREMENT PROSCRITS.

3° *Antisepsie intestinale, antisepsie générale. Purgation :* Par exemple donner trois fois par jour un des cachets suivants :

Chlorhydrate de quinine.. 0 gr. 20
Benzonaphtol........... 0 gr. 80

4° *En cas de toux fatigante*, donner trois fois par jour, de préférence vers le soir, dans un peu d'eau sucrée, 15 gouttes de la solution suivante :

Dionine............... 30 centigr.
Eau distillée......... 20 gr.
ou :
Poudre de Dower..... 10 centigr.
Bicarbonate de soude —
Sucre vanillé........ —

Pour un paquet, matin et soir.

Formule de farine alimentaire :

Vanilline.................... 5 gr.
Faire dissoudre dans Alcool Q. S.
Mêler intimement avec sucre................... 715 gr.
Laisser sécher et ajouter :
Cacao pulvérisé.......... 250 gr.
Phosphate de chaux tricalcique................ 15 —
Glycérophosphate de chaux 15 —
Farine de maïs........... 150 —
— de lentilles....... 150 —
— d'avoine........... 150 —

Pour se conserver, ces farines doivent être stérilisées.

Traitement de la goutte aiguë et chronique.

(P. LUFF.)

Traitement de la goutte aiguë : placer le membre en position horizontale, légèrement relevé. l'envelopper de ouate imbibée d'une lotion calmante, l'auteur emploie la formule suivante :

Carbonate de soude...16 gram.
Liniment belladoné ...8 —
Teinture d'opium... . 6 —
Eau.... ....32 —

Cette lotion doit être étendue d'une égale quantité d'eau chaude; on change le pansement toutes les quatre heures On doit éviter toute déplétion ou révulsion locale, telles que sangsues, vésicatoire, etc., qui favoriseraient plus tard l'ankylose ou la déformation.

Le colchique ne doit être employé que dans l'accès aigu ou les accès

subaigus au cours de la goutte chronique. On donne en même temps du citrate de potasse qui agit comme diurétique et diminue l'acidité de l'urine On peut donner sous forme effervescente 1 gr 80 de bicarbonate de potasse et 1 gr 20 d'acide citrique.

Dès que cède l'attaque aiguë on diminue graduellement les doses de colchique

Ne pas donner de fortes purgations, éviter les purgations salines qui diminueraient la solubilité du bicarbonate de soude. L'auteur donne des pilules bleues à titre de cholagogue et des pilules d'évonymine ou de podophylline associée à l'hyosciamine

Si le sommeil est troublé, donner du chloral, du sulfonal, ou du trional, ou de l'extrait de jusquiame. Eviter l'opium et la morphine qui tendent à diminuer la diurèse.

Diète lactée les premiers jours, thé léger, pain et beurre, eau chaude ou froide à l'intérieur Pas d'alcool sauf en cas de dépression cardiaque.

Goutte subaiguë et chronique : Réduire la formation excessive des bases de l'urine. Colchique à petites doses : 0 gr. 30 à 0 gr. 60 de résine de gaïac en cachets, deux ou trois fois par jour, suivant les effets sur l'intestin. La poudre est préférable à la teinture désagréable à prendre. Pilules contenant :

Extrait de noix vomique.	0 gr. 015
Extrait de gentiane......	0 gr. 06
Colchicine...	0 gr. 01

Pour une pilule. Trois par jour.

Eviter la colchicine s'il y a néphrite interstitielle.

Pilules bleues, évonymine, sels d'Epsom en cas de constipation. Les préparations de fer sont mal tolérées. si l'anémie existe, on peut donner le citrate de fer ammoniacal et le carbonate de fer.

Comme moyen d'élimination de l'acide urique, citrate ou bicarbonate de potasse, boissons abondantes. Eviter l'emploi excessif du sel de cuisine. Il faut éviter les eaux chlorurées sodiques, sauf dans les cas de catarrhe intestinal et de dyspepsie goutteuse. Les sels de lithine sont inférieurs en action aux sels de potassium et de sodium. On doit les éviter dans quelques cas, en raison de leur action dépressive sur le cœur.

Contre l'épaississement inflammatoire des tissus fibreux, la goutte de la plante du pied et les affections névralgiques goutteuses, l'iodure de potassium peut être très utile. Il peut constituer un dissolvant des dépôts tophacés et il est contre-indiqué dans les cas de lésion rénale avancée. On le donne à dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 60, trois fois par jour et on peut l'associer utilement à dix gouttes de teinture d'iode.

Traitement local des arthrites goutteuses. — Membre élevé, douches chaudes suivies de lotions, une forte solution froide de chlorure de sodium. Massage léger, mouvement passif. Contre la raideur et l'épaississement des jointures, friction avec un liniment savonneux à l'iodure de potassium.

L'auteur réserve le massage aux cas chroniques dans lesquels il applique les courants continus de cinq à dix milliampères, le pôle négatif appliqué sur la région atteinte.

Il conseille aussi les bains de chaleur radiante et d'air surchauffé.

X. PERROUX, MACON

OBSTÉTRIQUE

DE L'INSUFFISANCE DU MUSCLE UTERIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT,

Par le Dr S. REMY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy (1).

J'ai cherché à établir que ce que l'on considère souvent comme de l'inertie utérine, de l'épuisement de l'organe dans la période d'expulsion n'était pas toujours de l'épuisement, mais pouvait être le résultat d'une insuffisance du muscle utérin en présence de la tâche qu'il a à accomplir pour expulser le fœtus hors des organes pelviens.

Deux cas que j'ai observés dans ces derniers temps, m'ont confirmé dans mon opinion : en raison de l'insuffisance notoire de la force utérine, j'ai dû recourir au forceps pour mettre fin à une situation qui ne se modifiait plus.

Que constatons-nous d'abord ? C'est que nous nous trouvons en présence des primipares, ni trop jeunes, ni âgées, dans l'âge de la plus grande activité. Elles sont vigoureuses ; leur squelette est bien développé ; leur grossesse a suivi un cours régulier jusqu'au terme normal ; le travail débute d'une façon naturelle ; la dilatation se fait dans un temps qui n'excède pas celui que mettent les primipares. Les contractions se succèdent avec régularité, sans lenteur spéciale, comme sans précipitation. La dilatation se fait graduellement et laisse espérer une terminaison naturelle dans les délais normaux. Rien n'annonce l'accablement ou l'épuisement. La parturiente se déplace, se lève, se couche, comme cela se voit chez toute femme que le travail agace ; elle ne manque ni d'énergie ni d'espoir.

Et cependant, quand arrive le temps de l'expulsion, la tête progresse déjà lentement dans le canal pelvien ; elle arrive enfin sur le plancher pelvien : l'utérus s'annonce déjà moins vaillant que chez d'autres parturientes. La tête touche enfin le périnée : à ce moment elle devrait, par son contact avec la face interne du périnée, exciter le travail, éveiller le besoin de pousser, en somme, donner le coup de fouet qui à ce moment active les contractions et la douleur, mais aussi ranime le courage.

Il n'en est plus de même chez cette catégorie de parturientes : pas d'excitation, pas d'activité ; mais de la lenteur, du découragement. Non pas que les contractions fassent défaut, non pas qu'elles s'éloignent comme pour s'éteindre. Non, les contractions se succèdent avec la même régularité ; elles ont une durée suffisante, mais elles sont au-dessous de leur tâche, parce que l'utérus ne peut faire l'effort nécessaire, déployer l'énergie que réclame la lutte contre le périnée. A chaque douleur la tête appuie sur le plancher pelvien, la parturiente fait effort, mais quelle que soit sa bonne volonté, quel que soit son désir de coopérer par ses efforts

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1903, p. 546.

volontaires, elle se rend compte, et ceux qui l'assistent se rendent compte que c'est le travail utérin qui ne rend pas, qui ne déploie pas toutes les ressources qui sont si nécessaires à cet instant ; et la parturiente manquant du stimulant ordinaire, privée de son coup de fouet, pousse mollement, se décourage et abandonne la lutte. Et les contractions se succèdent sans progrès notable ; le périnée tombe légèrement, la vulve semble s'entr'ouvrir, mais, en définitive, les progrès sont si lents que parturiente, famille, tous réclament l'intervention de l'accoucheur.

Rien de difficile dans l'application du forceps, mais pendant l'extraction vous reconnaissez que le périnée n'avait subi aucune distension ; vous avez à vaincre sa résistance, faisant tout ce que la tête aurait dû faire.

Si c'était de l'inertie utérine, il y aurait tout lieu de la redouter au moment de la délivrance; elle ne cesse pas généralement aussitôt après l'extraction de l'enfant. Or, dans nos cas l'utérus se rétractait bien ; la délivrance se fit dans des conditions normales ; pas d'hémorragie. L'utérus forme globe de sûreté.

Une fois de plus nous avons constaté la petitesse relative de l'utérus vidé de son contenu. Nous aurons à revenir sur cette constatation. Nous tenons à bien faire remarquer qu'il ne pouvait être question d'une résistance insolite de l'hymen, ou encore d'une résistance particulière du périnée.

La résistance de l'hymen à un degré capable de retenir la tête est rare, et d'ailleurs elle ne se fait sentir qu'au moment où la tête ayant vaincu la résistance du périnée, ayant dilaté l'infundibulum périnéal, et franchi le diamètre bi-ischiatique, se trouve logée dans la poche périnéale.

La résistance anormale du périnée s'accuserait d'abord par la lutte énergique entre la tête poussée par des contractions fortes de l'utérus renforcées par de violents efforts volontaires et le périnée qui résiste sans s'amincir et se distendre. La main introduite pour conduire les cuillers du forceps constaterait cette résistance insolite.

Nous avons signalé une fois de plus le petit volume de l'utérus constaté aussitôt après la délivrance ; c'est ce qui pour nous est la meilleure preuve de l'insuffisance de développement de l'utérus de ces femmes. Qu'on veuille bien dans une série d'accouchements comparer le volume des utérus après la délivrance ; on sera frappé de la différence qui existe d'une femme à l'autre. Chez les multipares on le trouvera parfois si volumineux, si épais, si élevé, qu'on serait tenté de croire qu'il renferme des caillots. Il n'est pas étonnant qu'un organe aussi développé, expulse en trois ou quatre contractions le fœtus et que n'ayant pas épuisé de la sorte toute son énergie, il continue à se contracter si puissamment sur le sang des lochies qu'il détermine la douleur si habituelle des tranchées utérines chez les multipares. Chez quelques-unes l'utérus sera de volume moyen. Enfin chez d'autres. il est si petit après l'expulsion

du délivre qu'il semble s'enfoncer dans le bassin, comme si rien ne le retenait à son niveau habituel ; c'est évidemment son petit volume qui lui permet de passer entre le promontoire et le pubis.

Il faut donc attribuer à la faible musculature de l'utérus de certaines primipares l'insuffisance de cette organe devant la tâche qu'il a à accomplir. Pourquoi en s rait-il autrement pour les muscles lisses que pour les muscles striés ? Tout muscle du bras n'est pas préparé à soulever le lourd marteau du forgeron. Ce ne sera qu'un jeu pour le bras dont la musculature s'est bien développée. L'utérus a-t-il ses faisceaux musculaires aussi développés chez une femme que chez une autre ? N'y a-t-il pas de différence individuelle, des dispositions propres à certaines familles, à certaines races ? La mère, la sœur aînée de notre dernière accouchée ont dû, toutes deux, être accouchées à l'aide du forceps.

Dans les traités d'accouchements, on confond dans le même chapitre toutes sortes d'insuffisances de l'utérus parturient; on fait figurer parmi les causes la fatigue, l'épuisement, l'état général du sujet, les maladies locales ou générales, les avortements antérieurs, etc., et l'on admet des degrés allant de la simple paresse utérine à l'inertie totale : dans cette catégorie de cas, il s'agit d'un épuisement du système nerveux qui ne commande plus ou commande mal au muscle utérin. Il ne faut donc pas les confondre avec ces autres cas où le système nerveux, tout en réglant bien la fonction du muscle, ne peut cependant pas donner à la musculature le développement et la puissance qui lui font défaut.

Naegele et Schrœder dans leurs traités signalent d'une façon très nette cette insuffisance de développement. Qu'il me soit permis pour finir de transcrire ce qu'ils disent :

Neagele (1) dans le paragraphe des causes s'exprime ainsi :

« Souvent l'utérus est simplement faible par lui-même, indépendamment du reste du corps. Cette faiblesse n'est pas rare chez les femmes saines et fortes du reste... il semble qu'il faut en chercher la cause dans un développement incomplet des fibres musculaires produisant la minceur des parois utérines. Cette disposition est quelquefois commune à toutes les femmes d'une famille. »

Schrœder (2) dit : « Quelquefois cette faiblesse des douleurs tient à la faiblesse générale ou à des maladies qui ont épuisé la malade ; plus souvent encore cela tient à un faible *développement congénital* du muscle utérin. L'état du muscle utérin est surtout d'un grande importance. »

NOUVEAU SIGNE DE LA GROSSESSE GEMELLAIRE

Se basant sur ces considérations, M. Lévinovitch, accoucheur en chef de la maternité Tchijov à Kostroma, signale un procédé qui,

(1) Traité pratique de l'art des accouchements : Naegele et Grenser Traduction d'Aubenas, 1re édition, p. 412 et suiv.

(2) SCHRŒDER. — Manuel d'accouchements. Traduction de Charpentier, 430 p.

au cours de ces trois dernières années, lui a plus d'une fois facilité le diagnostic dans les cas où il avait lieu de soupçonner l'existence d'une grossesse gémellaire, et qui consiste à déterminer *la hauteur et le degré de tension des ligaments ronds*, la disposition de ces ligaments étant loin d'être la même suivant qu'il y a ou non gémellité.

Dans l'hydramnios, en effet, l'utérus présente une forme globulaire, le liquide amniotique exerçant une pression uniforme sur toute la périphérie de l'œuf. En cas de grossesse double, au contraire, la matrice distendue par les deux fœtus — qui sont le plus souvent placés l'un à côté de l'autre, l'un occupant la moitié droite de l'utérus, l'autre la moitié gauche — est surtout augmentée dans son diamètre transverse, ce qui entraîne un écartement entre les deux feuillets péritonéaux qui enveloppent les ligaments ronds.

On sait que ces ligaments participent à l'hypertrophie générale de l'utérus pendant la grossesse, de sorte qu'on les perçoit assez facilement, au palper, sous forme de deux cordons cylindriques volumineux, situés sur les parties latérales et inférieures de la matrice. D'après M. Lévinovitch, il n'en serait plus de même dans la grossesse gémellaire, où sous l'influence de la distension de l'utérus dans le sens transversal, les replis formés par les ligaments ronds s'effaceraient au point de devenir tout à fait imperceptibles à la palpation; c'est à peine si l'on parviendrait parfois à en saisir des vestiges sous la forme des deux replis très courts et peu tendus, situés de chaque côté de la partie inférieure de la matrice. Aussi notre confrère estime-t-il que le seul fait de constater, par le palper pratiqué chez une femme enceinte, la présence, au niveau de l'ombilic et sur une étendue de 2 à 4 centimètres au-dessous de lui, du *ligament rond saillant et tendu* suffit pour exclure le diagnostic de grossesse gémellaire, et cela alors même que l'abdomen paraît trop volumineux pour une grossesse simple.

Ce signe serait d'autant plus certain qu'à l'encontre de ce que l'on observe pour la gémellité, l'hydropisie de l'amnios n'entraînerait aucune modification sensible au point de vue de l'accessibilité des ligaments ronds à la palpation.

GYNÉCOLOGIE

LES RAYONS X COMME MOYEN PAREGORIQUE ET PEUT-ETRE CURATIF CONTRE CERTAINES TUMEURS, C'EST-A-DIRE LA RADIOTHERAPIE EN CHIRURGIE,

par M. le Dr G.-P. Coromilas (1).

Tout le monde sait et le corps médical mieux que tout le monde, que les rayons X ont rendu jusqu'ici de grands services à la chirurgie au point de vue du diagnostic. Mais là ne sont point bornés les services que ces rayons ont rendus à la science.

(1) Communication faite à la Société de médecine et de chirurgie pratiques.

Je me propose d'examiner aujourd'hui dans quelle mesure ces rayons peuvent nous être utiles comme moyen parégorique et peut-être un jour curatif dans certains cas où la pathologie interne et externe est complètement impuissante et où les médecins en sont réduits à donner à l'humanité souffrante des encouragements platoniques.

J'ai lu dans divers journaux médicaux, tels que :

1° *In Américan Médecine* 1902, vol. IV, page 217 : « The X ray. treatement of carcinoma by the Dr Westame Johnson 8 Water H. Merrik ».

2° *In Américan Journal of the Medical Sciences* 1902, p. 537.

3° *In Liverpool Médico-Surgical Journal* 1902, : « The X ray. treatement of carcinoma by the Dr Tayor.

4° *In Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris* : Rapport du Prof. Alb. Robin, sur le mémoire de MM. Lemoine et Doumer (de Lille) intitulé :

« Traitement d'un cas du cancer de l'estomac par les rayons X : Rapport fait à l'Académie de Médecine, séance du 9 juin 1903 ».

5° *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris* : Rapport du professeur Cornil, au nom d'une commission composée de MM. Brouardel et Cornil, sur le traitement des tumeurs du sein par les rayons X, lu à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 23 juin 1903.

Les résultats relativement favorables obtenus et communiqués à l'Académie ainsi que ceux que d'autres confrères ont publiés dans les journaux médicaux m'encouragent à communiquer à votre Société les observations que ce mode de traitement m'a permis de relever durant les cinq années pendant lesquelles j'ai eu l'occasion de l'expérimenter.

Voici mes observations :

Ire Observation. — *Epithéliome du sein droit. Application des rayons X. — Mort.*

Mme Sophie N. Chl..., âgée de 45 ans, a toujours joui d'une bonne santé.

Son père et sa mère sont morts à un âge avancé, son frère a succombé aux suites d'un épithéliome de la lèvre inférieure. Son mari est mort d'un carcinome du foie.

17 août 1898. Appelé près d'elle, après un examen minutieux je constate au sein droit une tumeur ulcéreuse, phlegmoneuse, dure, douloureuse, bosselée, adhérente, couleur bleu-rougeâtre et de la grosseur d'une orange.

L'ulcération d'où coulait une sécrétion fétide avait 0 m. 20 de longueur et 0 m. 12 de largeur environ.

Les glandes maxillaires étaient également enflées, dures et résistantes. Toute la région atteinte est douloureuse.

Je diagnostique un épithéliome inopérable. Je prescris des

lavages antiseptiques et des narcotiques pour soulager la patiente. Ce traitement poursuivi jusqu'au 3 octobre dut être suspendu en raison de l'apparition de phénomènes toxiques causés par l'abus des narcotiques.

4 octobre. Me fondant sur des expériences personnelles d'où résultait pour moi l'idée que la Radiographie exerce une action calmante sur les douleurs et dissolvantes sur les tissus dégénérés, je propose à la malade l'essai de ce traitement.

Le jour même, dans mon cabinet, vers midi, je soumis les parties malades à l'influence des rayons X pendant 1 heure 15 minutes. La malade en éprouva un espèce de soulagement et un léger sentiment de réchauffement sur toute l'étendue de la tumeur, en particulier sur la partie soumise plus directement aux rayons X.

Soir. La douleur a disparu à la grande satisfaction du sujet qui n'a pas fait usage des narcotiques.

7 heures matin. Dans la nuit précédente la malade avait de temps à autre éprouvé des douleurs lancinantes principalement dans la partie supérieure du thorax et du bras.

Midi : Radiothérapie durant 1 heure et 1/4.

Soir: Il se produit une douleur caustique sur la partie influencée directement par les rayons X. Cette partie est irritée et rouge. — Application d'aristol avec sous-nitrate de bismuth pulvérisé.

8 octobre, matin : La nuit a été tranquille et le sommeil parfait.

Soir : La journée a été très bonne, seulement il s'écoule de la tumeur un liquide si abondant qu'on est obligé de changer toutes les 4 heures le coton hydrophile et les compresses du pansement.

9, matin : La nuit a été tranquille; à 6 heures du matin des douleurs vives se manifestent en arrière de la ligne de l'aisselle droite sur la région des 6e, 8e et 9e côtes, mais je constate l'absence complète des douleurs sur les parties directement soumises l'avant-veille à l'action des rayons X.

Midi : Application des rayons X sur les parties douloureuses.

10, matin : La nuit du 9 au 10 s'est très bien passée. L'abondance des sérosités jetées par la tumeur était telle que les draps et les matelas en étaient traversés.

Continuation de l'application des rayons X tous les trois ou quatre jours. Leur action calmante sur les douleurs se prolongeait de trois à quatre jours pendant lesquels ils étaient totalement supprimés.

Ce traitement qui s'est prolongé jusqu'au 23 novembre, m'a donné occasion de faire les constatations suivantes :

1° Disparition des douleurs pendant 40 à 50 heures à la suite des séances de radiothérapie sans nécessité de recourir aux narcotiques;

2° Pendant les 3-4 heures qui suivaient chaque séance, écoulement d'un liquide séreux et très abondant dont la diminution progressive marquait le retour des crises douloureuses;

3° Aucune autre des glandes voisines de la tumeur telles que les sous-maxillaires et les glandes du cou n'a été hypertrophiée;

4° La fétidité insupportable des sérosités provenant de la tumeur avait disparu, en raison peut-être des conditions antiseptiques observées au cours du traitement ;

5° Quant à l'état de la tumeur je n'ai pas constaté d'amélioration sensible, mais je peux affirmer qu'elle n'a pas augmenté de volume; çà et là apparurent quelques végétations qui semblaient se rapprocher de la constitution histologique d'un fibrome.

2° Observation. — *Cancer du sein droit. Radiothérapie. Diminution considérable de la tumeur.*

Madame Anna Geor..., 28 ans, mariée, a un enfant de 18 mois et est enceinte pour la seconde fois.

Elle avait senti, il y a deux ans, des douleurs lancinantes au sein droit ; depuis 15 mois, elle y avait constaté elle-même une tumeur de la grosseur d'une noisette.

28 septembre 1899 : Elle est venue me consulter à Athènes; après examen j'ai constaté au sein droit une tumeur de la dimension d'une grosse noix, dure, très peu mobile et peu douloureuse à la pression.

Les glandes sous-maxillaires sont un peu hypertrophiées. Pas d'antécédents héréditaires.

J'ai diagnostiqué un cancer du sein.

Consultation avec le professeur Galvanis qui formule le même diagnostic, mais opine pour une ablation totale, immédiate, tout en pronostiquant une récidive dans un laps de temps de deux ans au plus.

Après un examen plus approfondi sur l'anatomie pathologique du cas et sur la marche de cette espèce de tumeur, nous sommes arrivés à reconnaître que le traitement conservateur aurait en définitive plus d'efficacité pour prolonger la vie de la malade qu'une ablation immédiate dans les conditions sus-indiquées.

Dans cette situation j'exprimai à mon éminent confrère cette opinion, que « en ce qui me concernait, si j'étais à la place de cette dame qui est encore jeune ou à celle de son mari, je préférerais la chirurgie conservatrice à une opération qui ne me donnerait pas une chance de survie égale, bien au contraire ». Le docteur Galvanis finit par se ranger à mon opinion en reconnaissant qu'il n'y avait pas lieu à intervention dans l'état actuel.

Le mari, mis au courant du résultat de notre délibération, déclara s'en rapporter à nous.

Le lendemain je soumis ma malade à la radiothérapie.

Les séances se renouvelaient tous les trois jours et duraient de 30 à 45 minutes. Ce traitement fut suivi jusqu'au 30 novembre.

En voici les résultats :

Tumeur réduite au point d'être à peine perceptible, plus de douleurs

ni même de gêne. Depuis, cette dame a mis au monde deux autres enfants et elle continue à se bien porter.

IIIe OBSERVATION. — *Cancer du Pylore. Radiothérapie. — Guérison.*

Madame Aicat... K..., âgée de 36 ans, mariée, mère de trois enfants dont l'un souffre de coxalgie, les autres plus jeunes se portent bien.

En septembre 1898. Cette malade vient à ma consultation et me raconte que dès 1895 elle avait commencé à avoir des douleurs d'estomac, accompagnées en 1896 de nausées, de vomissements de temps à autre, le tout compliqué d'une constipation opiniâtre.

1899. Tous ces symptômes se sont fort aggravés, malgré les soins de sa famille, et le traitement d'un grand nombre de médecins.

Etat actuel. Anémique, cachectique, inappétence, nausées, vomissements, constipation et douleurs de ventre.

Par l'examen local je constate une dureté au pylore bien caractéristique, très douloureuse à la pression et étendue jusqu'à la base de l'estomac.

L'estomac est dilaté.

Le foie dépasse un peu les fausses côtes.

Je diagnostiquai d'accord avec d'autres confrères un cancer de l'estomac.

Après l'exposé que la malade me fit tout au long de l'histoire de sa maladie, je fus persuadé que les remèdes et les méthodes préconisés jusqu'à ce jour contre une telle lésion étaient inutiles : mais me basant sur mes expériences personnelles qui remontaient déjà au mois d'octobre 1896, relativement à l'action des rayons X sur les douleurs et certains tissus je me décidai à appliquer ce mode de traitement.

Pendant la première séance qui dura une demi-heure, la patiente me dit qu'elle sentait un réchauffement au ventre et un soulagement sensible.

Après huit séances pareilles, tous les symptômes morbides disparurent et l'appétit, les forces revenues, la malade se retrouva dans son état normal.

La percussion et la palpation ne me révélèrent qu'une dureté indolente et lisse, de la grosseur d'une petite noisette.

J'ai communiqué un résumé de ces trois observations à la Société de médecine d'Athènes, dans les séances des 11 mars et 18 septembre 1899 en concluant, dans la première de ces séances, « que les rayons X possèdent une action curative contre certaines lésions de l'estomac », et dans la seconde, à la suite d'une discussion entre mon confrère Kotanoff et moi, que :

« La Radiographie a une action calmante sur les douleurs, dissolvante sur quelques tissus et probablement même curative, ainsi que me paraissent le démontrer les expériences personnelles auxquelles je me suis livré depuis 1896.

« Deux autres observations m'ont confirmé dans mes impressions; je me borne à citer la plus curieuse et la plus positive. »

IVe Observation. — *Cancer de l'estomac. — Radiothérapie.*

Le malade Panagrote Man... de Calamata, âgé de 40 ans, marié, fruitier ambulant à Athènes.

Depuis trois ans il avait commencé à sentir dans la région stomacale des douleurs qui avaient progressivement pris un caractère de continuité et étaient accompagnées, depuis deux ans, de nausées, de vomissements avec inappétence et constipation opiniâtre.

Les confrères qu'il avait consultés précédemment, avaient obtenu des adoucissements passagers des douleurs et une certaine diminution des vomissements, mais dès que l'on suspendait la médication, les phénomènes pathologiques revenaient avec une plus grande gravité.

D'après un des parents du malade, les médecins avaient diagnostiqué une tumeur de l'estomac.

12 juin 1902. Je suis appelé à donner mon opinion.

Après l'exposé qui me fut fait de la maladie et l'examen auquel je me livrai de l'état général et local du malade, je conclus à mon tour qu'il s'agissait d'une tumeur dans la base de l'estomac.

Je prescrivis :

Vin de pepsine................ }
Vin de papaïne................ } ââ 50 grammes.
Sirop diacode................. }

à prendre trois cuillerées à potage dans les 24 heures. Ce traitement combiné avec des frictions oléo-narcotiques sur les parois abdominales amenèrent la diminution des phénomènes morbides, mais ce médicament perdit toute action vers la fin du mois novembre.

Dans le courant de décembre je le soumis aux rayons X, chaque séance n'excédait pas la durée de 15 à 20 minutes ; dès la première, il me déclara ressentir un réchauffement et comme une légère pression dans l'estomac.

2 janvier 1903. Radiothérapie 15 minutes; les douleurs, les vomissements, les nausées ont disparu.

5e Observation. — *Cancer de l'estomac. Radiothérapie.*

Amélioration inespérée.

Mme Elène Prot... d'Hydra, veuve, 30 ans, menstruation régulière.

22 février 1903. Elle éprouvait depuis trois ans de la gêne et une douleur légère dans l'estomac, de temps à temps survenaient des nausées et des vomissements. Au début elle crut que ces phénomènes étaient la conséquence de variations atmosphériques, ou de mauvaises digestions. Depuis 18 mois, elles avaient pris un tel caractère de gravité qu'elle ne pouvait supporter aucun aliment solide. Les vomissements étaient de plus en plus fréquents. Les garde-robes

de plus en plus rares s'espaçaient de *20 à 25 jours*, encore fallait-il les provoquer au moyen de lavement.

Les parois abdominales, particulièrement celles de l'ombilic en haut et à gauche, étaient tendues et douloureuses au toucher et au palper, la malade ne pouvait ni se serrer ni respirer profondément.

22 février 1903. Grande faiblesse, anémie, palpitations de cœur, respiration fréquente, fatigue pour le moindre effort, nervosité excessive, la malade ne peut, la nuit surtout, dormir plus de trois heures sans être réveillée soit par des mouvements de corps involontaires, soit par des vomissements, soit par des cauchemars, soit enfin par des douleurs. L'inappétence est complète, les nausées et vomissements se produisent trois à quatre fois dans les 24 heures, la constipation est extrême.

Cœur. Un bruit de souffle anémique s'entend aux deuxième et troisième espaces intercostaux gauches.

Poumon. Rien de particulier, sauf une faiblesse du murmure respiratoire bien caractéristique au poumon droit.

Parois abdominales. Médiocrement tendues, douloureuses au toucher.

Estomac. Dilaté, douloureux. Par la percussion et la palpation on peut facilement constater — et la malade elle-même la sent — dans la base de l'estomac, une dureté qui s'étend jusqu'au pylore, lequel ne paraît pas être intact, et est le siège de la plus vive douleur.

Diagnostic. Tumeur maligne de l'estomac.

Prescriptions. Radiothérapie, séance de 20 minutes.

Sous l'influence des rayons X elle dit éprouver comme une pression dans les viscères abdominaux et surtout dans les parois de l'estomac; cette pression augmente peu à peu.

24 février, matin. Les douleurs ont sensiblement diminué, elle a si bien passé les deux nuits précédentes qu'elle ne se rappelle pas avoir joui d'un sommeil plus léger. La respiration est devenue un peu plus facile. Hier, pour la première fois depuis deux ans, elle a mangé de la viande sautée aux tomates, ce qui ne lui a produit ni vomissements, ni nausées. Elle a eu une garde-robe normale.

Radiothérapie 20 minutes.

27 février. La malade a bien passé les jours précédents.

Radiothérapie 20 minutes. Pendant tout le temps de l'action des rayons X elle a senti des picotements dans la région de l'estomac.

1er mars. Ell : a bien digéré une nourriture solide et même des fruits sans dérangement aucun. Pas de vomissements, ni de nausées malgré l'humidité du temps, réapparition des règles qui étaient en retard de 14 jours.

Radiothérapie 15 minutes.

3 mars. La période de la menstruation est passée sans lui causer la gêne qu'elle éprouvait autrefois. Appétit médiocre. La dureté de l'estomac persiste, mais moins douloureuse qu'auparavant.

Radiothérapie 15 minutes.

5 mars. Malgré le temps pluvieux et humide, la malade mange et digère bien, elle ne se plaint que de quelques douleurs passagères et très espacées dans les viscères abdominaux.

Radiothérapie 15 minutes.

15, 18, 20, 22 mars. Radiothérapie de 15 minutes.

24. Le 23, me dit-elle, dans l'après-midi, par un temps très humide, après avoir tenu ses membres inférieurs dans une eau froide et abondante elle eut une crise de vomissement la nuit précédente qui ne s'est pas renouvelée et ne lui a causé aucune gêne. Radiothérapie 15 minutes.

27, 30 mars. 3 avril. Radiothérapie de 15 minutes. C'est pour la première fois depuis deux ans qu'elle a des selles diarrhéiques.

9 avril: Quoique atteinte de grippe contractée à la suite d'une veillée, pendant toute une nuit elle n'a eu ni vomissements ni douleurs spontanées.

Radiothérapie 15 minutes.

10, 14 avril : Radiothérapie de 15 minutes.

17, 21 : Radiothérapie de 20 minutes. Le 16 et le 21 elle a eu un mal de tête très intense, suite d'un refroidissement, mais sans vomissements, contrairement à ce qui lui arrivait précédemment en pareil cas, où les vomissements se suivaient de quart d'heure en quart d'heure.

24, 28 avril. 1, 5, 28 mai : Radiothérapie de 15 minutes. La malade mange, boit et digère bien. Les parois abdominales sont devenues molles; à la percussion et à la palpation on constate que les parties atteintes de l'estomac sont encore sensibles mais non douloureuses: à la base de l'estomac on ne sent qu'une dureté de la grosseur d'une noisette.

Je conseille les eaux de Méthana, pour passer la saison d'été.

3 août : Les nouvelles que me donne son frère sur la santé de la malade sont très satisfaisantes.

14 septembre : Je la revois bien portante. Elle retourne à son pays natal.

Octobre : J'apprends qu'elle continue à se bien porter.

La longueur de l'étincelle dont je faisais usage était de 13 à 25 centimètres.

J'ai remarqué que l'intensité des rayons X doit être en raison inverse et la durée de l'application en raison directe de l'étendue de la tumeur.

Les observations qui précèdent nous fournissent tous les caractères de la tumeur de l'estomac, et d'autre part la preuve matérielle des guérisons ou améliorations qu'on peut obtenir par la Radiothérapie.

Les divers traitements appliqués jusqu'ici aux lésions stomacales n'ont eu que des résultats négatifs qui ont fait considérer ces affections comme incurables.

Or, on ne peut désormais contester que les rayons X n'aient une action curative ou tout au moins calmante dans les cas qui nous occupent, quand l'application en est faite à temps et avec prudence.

Qu'il me soit permis d'émettre ici, en terminant, quelques réfléxions sur l'action des rayons X.

Nous savons qu'on n'a trouvé jusqu'ici aucun microbe spécifique pouvant favoriser le développement des tumeurs; d'autre part que le changement de la direction centrifuge des cellules, en direction centripète, peut nous donner une idée plus juste sur la naissance d'une telle néoplasie; mais il nous reste encore une autre question à examiner pour pouvoir justifier ce trouble organique.

Quelle est la cause qui donne aux cellules la direction centripète au lieu de la direction centrifuge?

L'Ecole Albert Robin à la suite de ses investigations a découvert un autre mystère de la nature caché dans les cellules et qui doit être précédé du changement de leur direction : c'est une subtile déminéralisation de *kyttaro-plasme* (1) qui dérange le développement des cellules et par conséquent les prédispose à la naissance d'une tumeur. Mais il nous reste encore un autre mystère aussi inexpliqué. « Quelle est la cause de cette déminéralisation et comment celle-ci s'opère-t-elle dans les cellules où elle déminéralise le plasme ? »

Les résultats que nous donnent aujourd'hui les rayons X nous fournissent une preuve que chaque cellule possède une action provenant de deux forces fonctionnant en sens contraire.

Le phénomène que nous donnent les tissus par suite de l'action réactive de ces deux forces, produit la vie. Quand l'une d'elles se dérange sous n'importe quelle influence, soit normale, soit technique, soit mécanique, nous avons la déminéralisation *kyttaro-plastique* qui quand elle est supérieure à la réaction de la constance cellulaire ou devient chronique, produit le dérangement cylindrique de la proportion et de la direction des cellules pendant leur naissance et leur développement. Ainsi donc ce mode de déminéralisation très subtile au début provoque le dérangement du développement et de la direction cellulaire qui nous indique le commencement d'une tumeur.

Pour empêcher donc le progrès d'une pareille déminéralisation et obtenir la guérison, il nous faut tâcher de parvenir à équilibrer progressivement l'énergie des deux forces vitales.

Ainsi par la découverte et l'application d'un tel moyen, nous arriverons à donner aux cellules une action physiologique et nous empêcherons la déminéralisation progressive.

(1) C'est à tort qu'en emploie le terme *cyto-plasme*.

D'après les règles de la dérivation et de la composition des mots grecs : cyto (mal écrit, il vaut mieux kyto) provient de *kutos* (kytos) = cale (d'un navire).

Kyttaro = de *Kuttaro* = cellule.

Il faut donc dire kyttaro-plasme et non cytoplasme.

Les rayons X produisent le phénomène provoqué dans le vide par la réaction de deux forces dont l'une est positive et l'autre négative.

En nous appuyant sur les résultats obtenus par l'application de cette méthode tels qu'ils sont décrits ci-dessus, nous pouvons conclure que le phénomène que nous donne la fonction des pôles + et — a une influence sur les cellules *tumeurisées* (1) que les rayons X empêchent pour ne pas encore détruire le progrès de la déminéralisation du kyttaro-plasme et que par conséquent ils stimulent leurs fonctions vitales ; c'est ainsi qu'ils donnent une énergie et une vitalité telles aux cellules qu'elles résistent ou regagnent les forces perdues et reprennent leur direction normale.

Mais malheureusement tout ce que nous obtenons aujourd'hui par l'application de la radiothérapie, est empirique, car en dehors de son action réchauffante, dissolvante et peu irritante, nous ne connaissons rien

Or nous ne pouvons pas considérer ce moyen comme efficace contre certaines lésions, ni dire le dernier mot sur son action énergique, ni proclamer, quant à présent du moins, que la cure de certaines tumeurs malignes est un fait établi.

Pour arriver à la certitude nous avons besoin de multiplier nos observations et de trouver le moyen de régler l'intensité de l'étincelle, la durée de l'application de la radiothérapie contre le développement d'une tumeur donnée ; il faut régler cela en proportion des mouvements, de la résistance et de la renaissance des cellules tumeurisées. selon la déminéralisation de la composition chimique et selon la réaction des tissus en général à l'influence des rayons X.

Ce but atteint, nous verrons que dans le domaine chirurgical, la *radiothérapie* dans la plupart des cas remplacera le bistouri si horrible, mais parfois salutaire et qu'elle prendra dans la *pathologie externe* une place analogue à celle qu'ont aujourd'hui dans la *pathologie interne* : la quinine, l'*arsenic* et le mercure.

TRAITEMENT DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE PAR LE RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS

(VILLARD, de Lyon.)

L'opération d'Alquié-Alexander — raccourcissement des ligaments ronds — pour la cure de la rétroversion utérine, est quelque peu tombée en discrédit et l'on recourt plus volontiers aujourd'hui à l'hystéropexie. M. Villard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, utilise pourtant encore ce procédé, modifié il est vrai dans son

(1) Si on peut transporter ce mot des cellules qui forment la tumeur, à celles qui sont prédisposées à l'augmentation et à la formation d'une telle néoplasie.

manuel opératoire, et il en obtient des résultats si satisfaisants qu'il n'hésite pas à le recommander vivement. Il insiste toutefois sur la nécessité de suivre une technique spéciale, qu'il décrit minutieusement, et de n'appliquer la méthode que pour certaines indications précises, c'est-à-dire seulement pour les rétrodéviations mobiles.

Voici, résumé d'après un article du *Lyon médical*, le manuel opératoire préconisé par M. Villard.

1er TEMPS. *Incision cutanée.* — Sur la région pubienne soigneusement rasée, incision d'un orifice inguinal à l'autre, en suivant un trajet curviligne à forte convexité inférieure, dont le sommet réponde à la symphyse pubienne; tout le trajet de l'incision portant dans la région pileuse ne laissera dans la suite aucune cicatrice apparente. La section est faite profondément jusqu'aux plans aponévrotiques et musculaires.

2e TEMPS. *Découverte des deux ligaments ronds.* — Le lambeau semi-lunaire est disséqué rapidement et relevé en haut; on aperçoit alors les deux orifices inguinaux externes.

On recherche le ligament rond dans la partie la plus externe du trajet du canal inguinal. On dilacère le mince feuillet lamelleux qui passe au-devant des deux piliers et en disséquant un peu on découvre le ligament rond complet avec sa gaîne fibreuse contenant les organes qui le constituent.

Avec une pince hémostatique on saisit en masse le ligament et en exerçant des tractions parfois assez fortes, on parvient à l'attirer au dehors. « On éprouve souvent un peu de résistance au début des manœuvres de traction, brusquement le ligament lâche ses connexions, et l'on est surpris de la facilité avec laquelle on en attire une grande longueur au dehors, souvent plus de 10 centimètres ». Parfois un petit cul-de-sac péritonéal est accolé à la gaîne fibreuse; il faut avoir soin de l'en dégager.

Les insertions du ligament rond à la grande lèvre sont alors sectionnées et, le ligament étant repéré par une pince et protégé par une compresse, on procède aux mêmes manœuvres de l'autre côté.

3e TEMPS. *Réduction de la rétroversion; nœud des ligaments ronds l'un avec l'autre.* — Les deux ligaments ainsi isolés se montrent comme deux cordons résistants de la grosseur d'une grosse plume d'oie; on les saisit alors à pleine main et on les attire fortement en avant pendant qu'un aide surveille par le toucher vaginal la réduction de l'utérus.

Il est bon de tirer très fortement sur les ligaments afin de détruire leur élasticité, qui, conservée, pourrait aider à une récidive de la

déviation utérine. Les ligaments sont alors noués l'un à l'autre par un triple nœud successif fait immédiatement au ras de la face antérieure des muscles droits ; on a soin de ne pas serrer trop fortement le nœud pour ne pas compromettre la vitalité des ligaments ; pour empêcher ceux-ci de se dénouer, on place au niveau de la ligature deux ou trois points de suture au catgut ; pour plus de sûreté enfin des fils sont passés qui unissent au tissu fibreux de la symphyse le nœud ligamenteux ; on peut aussi faire au niveau des orifices inguinaux quelques points de suture qui rapprochent les piliers et transfixent en même temps les ligaments ronds à ce niveau.

PÉDIATRIE

L'HYDROPISIE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE

Par FAIRBANKS

Il survient parfois, soit chez le nouveau-né, soit dans les premières années de l'enfance, un œdème généralisé ou circonscrit à une partie du corps, ayant pour particularité de ne pas être accompagné d'albuminurie ni d'aucune maladie organique du cœur ou des reins. Dernièrement une série d'une dizaine de cas observés par Fairbanks lui a fourni l'occasion d'une étude de la maladie. Bien que l'affection soit particulière au premier âge, on peut cependant l'observer plus tard, elle peut avoir ou non été précédée par des symptômes particuliers chez des enfants qui jouissaient d'une bonne santé antérieure.

Elle peut être aussi secondaire en ce sens qu'elle a été précédée d'une maladie qui peut être très variable.

La lecture des observations publiées par les auteurs montre que l'hydropisie essentielle peut atteindre la seconde enfance et qu'au milieu de la variété des symptômes cliniques, il est un fait caractéristique, c'est l'existence de cette hydropisie sans lésions des reins ni du cœur. En résumant les observations de Rilliet et Barthez, de Holt, de Boisson, Fairbanks arrive à un total de 168 cas auxquels s'applique le terme d'hydropisie essentielle. De ces cas sont exclus ceux qui sont survenus à la suite ou en même temps qu'une maladie infectieuse. Tous les cas ont été observés au-dessous de 15 ans; 83 % ont été observés au-dessous de 8 ans. Les garçons sont atteints plus fréquemment que les filles. La saison de l'année aurait, au dire de l'auteur, une influence étiologique par l'abaissement de la température, par la prédominance des affections gastro-intestinales.

On a relevé l'existence de l'anémie dans 25 % des cas; dans 43 % il existait des troubles gastro-intestinaux, habituellement de la diarrhée. L'amaigrissement était notable dans 15 %, l'urticaire a

été observé dans 7 %, le purpura dans 4 %, enfin la température était inférieure à la normale dans 15 % des cas.

Chez quelques malades il est survenu des symptômes indiquant l'œdème du larynx et du pharynx; dans deux cas, les symptômes attribués à la méningite ont pu dépendre de l'œdème cérébral, mais il n'y a pas eu d'autopsie.

Si l'on considère la mortalité, il faut distinguer le premier âge de l'enfance. Dans les cas au-dessous de 2 ans la mortalité a été de 34 %; un certain nombre d'enfants sont morts de maladie intercurrente. Chez les malades âgés de 2 ans et au-dessus, la mortalité a été légèrement supérieure à 4 %. La différence de la mortalité chez les enfants en bas âge et dans la seconde enfance, est due non pas tant à l'œdème qu'à l'affaiblissement de la vitalité surtout dans les cas où survient l'œdème. L'affection par elle-même offre un certain danger, car on a rapporté chez les adultes plusieurs cas de mort subite. C'est d'ailleurs dans les deux premières années de la vie qu'on rencontre, associées avec l'hydropisie, des affections graves, l'anémie, le marasme, et l'hypothermie, mais surtout les affections gastro-intestinales qui paraissent jouer un rôle étiologique réel dans un assez grand nombre de cas.

En 1882, Quincke décrivit sous le nom d'œdème circonscrit de la peau une affection qu'il regarda comme une angioneurose et se traduisant par des tuméfactions œdémateuses de la peau et du tissu sous-cutané, se montrant simultanément en plusieurs régions, atteignant leur maximum en quelques heures et disparaissant rapidement au bout d'une journée sans aucun trouble de la santé générale ni élévation de la température. Pour Fairbanks, un certain nombre de cas d'hydropisie essentielle relèvent de cette catégorie.

En 1885, Strubing a rapporté quelques cas ayant un caractère beaucoup plus grave et associés à des troubles digestifs, des vomissements et des troubles généraux. La plupart des auteurs qui ont observé ces cas regardent la maladie comme étant d'origine nerveuse et en font une névrose vasomotrice.

Dans la majorité de ces cas, la marche de la maladie a été aiguë, mais il n'en est pas toujours ainsi, l'atteinte dans ses débuts et dans sa marche peut être subaiguë, et dans des cas plus rares elle peut affecter une allure chronique.

On peut rapprocher de ces cas ceux d'hydarthrose intermittente décrite par Schlesinger, Pierson, Féré, qui regarde l'affection comme une angioneurose. Dans le cas de Pierson, une jeune fille de onze ans était atteinte, depuis deux ans, de gonflements subits et douloureux sans eau apparente et avec une santé parfaitement normale.

Quincke avait rapporté en 1882 six cas d'ascite chez des filles de 11 à 13 ans, sans qu'il y eût d'autres troubles généraux dans un ou deux cas qu'une fièvre passagère, des vomissements et de la perte d'appétit. Dans quatre cas, l'ascite disparut rapidement avec

l'établissement des règles. Dans les cas d'Otero, il y avait de l'ascite, de l'œdème de la face, des paupières, des pieds et des mains. Les enfants atteints avaient de 2 ans et demi à 15 ans, mais l'affection s'était également observée à un degré léger chez les nourrissons et chez les adultes. La maladie était précédée presque toujours d'une longue période de diarrhée. L'urine était normale, tous les organes étaient normaux et dans les cas dont on eut l'occasion de faire l'autopsie , on ne trouva pas d'autre affection organique qu'une dilatation de l'estomac. En 1902, Ferron a publié une thèse dans laquelle il étudie l'œdème aigu des paupières chez de jeunes sujets et le considère comme ayant une origine nerveuse, peut-être aussi rhumatismale ou goutteuse.

Quant à l'œdème des nouveau-nés, plus ou moins généralisé, il se montre habituellement dès les deux ou trois premiers jours de l'existence ou tout au moins dans les deux premières semaines chez les enfants faibles et souvent venus avant terme. Cet œdème qui est rare ,siège surtout sur les membres inférieurs et à la partie inférieure du tronc. Sernet l'a attribué à la faiblesse du cœur droit. On a confondu cet œdème des nouveau-nés avec le sclérème, mais les deux affections n'ont aucun rapport. Dans ce dernier cas la peau est dure, ne peut être pincée et semble fixée aux tissus sous-jacents. La section de la peau ne laisse échapper aucune sérosité. Le seul rapport qui existe entre les deux affections est qu'elles surviennent dans les premiers jours de l'existence chez les enfants faibles et parfois venus avant terme.

Les cas d'hydropisie sans affection cardiaque ou rénale survenant après des maladies infectieuses, sont particulièrement intéressants, mais il faut absolument éliminer toute lésion rénale. Senator pense que dans ces cas les vaisseaux cutanés sont atteints indépendamment de ceux du rein. On a vu survenir cette hydropisie après la rougeole, la varicelle, la fièvre typhoïde. Mais c'est surtout l'anémie et l'exposition au froid que l'on a incriminées. Le froid agirait en paralysant les nerfs de la peau. D'autres auteurs considèrent ces œdèmes comme étant d'origine toxique. On relève encore des cas dans lesquels le traumatisme,certains médicaments, les parasites intestinaux, semblent avoir joué un rôle. On a aussi noté les émotions parmi les causes. L'étiologie est, on le voit, singulièrement confuse. Fairbanks distingue ici les causes prédisposantes et les causes déterminantes. Il croit que dans la plupart des cas l'affection serait produite par un trouble sympathique réflexe ayant son origine dans une cause excitante agissant sur une partie du système sympathique, mais produisant ses effets par les fibres terminales dans la paroi des vaisseaux. Comme causes prédisposantes, il faut citer l'anémie, le marasme, l'hérédité, la tendance à l'hypothermie. Parmi les causes excitantes, l'auteur cite les agents toxiques, chimiques, le froid, le traumatisme, les irritations périphériques, les émotions. L'urticaire et d'autres affections cutanées doivent être regardées comme de simples complications. Cette

extrême irritabilité du système nerveux existe fréquemment dans l'anémie, le marasme et dans tous les états accompagnés de dépression générale. Les enfants présentant ces œdèmes sont excessivement irritables.

Les expériences de Ranvier, Oustroumoff, Gergens, montrent que l'œdème peut être produit par une action nerveuse; l'œdème survient encore associé à des phénomènes nerveux, à des névralgies; parfois quand il est localisé, il se montre symétrique. Dans un grand nombre de cas de troubles gastro-intestinaux, le réflexe semble partir des terminaisons du sympathique dans les parois de l'intestin ou de l'estomac. Dans le cas d'intoxication, l'agent nocif agit directement sur le système nerveux. L'œdème serait probablement toujours secondaire en ce qu'il faut une excitation pour le produire, et il est essentiel ou idiopathique en ce sens qu'il n'est pas causé par une maladie organique. — L. J., *in Médecine Moderne*, 1903, P. 336.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE ESSENTIELLE

par le Dr Denis Courtade.

L'incontinence nocturne d'urine essentielle n'est pas à proprement parler une incontinence; c'est plutôt un trouble dans la miction consistant dans l'émission involontaire de l'urine pendant le sommeil.

A. Avant de commencer tout traitement, il faudra se demander I, *si l'on a affaire à une incontinence essentielle;* II, *quelle est la variété;* III, *quelles en sont les causes présumées.*

I. Les principaux symptômes sur lesquels on doit se baser pour faire le diagnostic sont: *a. D'abord le jeune âge.* L'incontinence essentielle débute habituellement dans l'enfance. Elle peut succéder à l'incontinence normale jusqu'à la fin de la première dentition, ou se montrer un temps plus ou moins long après que l'enfant est devenu propre. Elle débute rarement après 10 ans.

b. On trouve habituellement chez ces enfants un terrain particulier, transmis héréditairement, et constitué par une forme le plus souvent atténuée de dégénérescence nerveuse.

c. Comme particularité symptomatique, on observe une atonie plus ou moins grande du sphincter externe, très bien mise en lumière par M. le Professeur Guyon; l'apparition le plus souvent nocturne de l'incontinence; la discontinuité dans sa production. Les urines émises sont le plus habituellement claires. Le sommeil est toujours très lourd. Enfin on constate une absence complète de phénomènes douloureux. Ces données étiologiques et symptomatiques permettent de faire le diagnostic.

1° Avec les lésions congénitales ou acquises de l'appareil urinaire. — Les lésions congénitales les plus difficiles à diagnostiquer sont celles qui résultent de l'abouchement anormal d'un uretère. L'orifice peut s'ouvrir soit dans l'urètre, soit sur les côtés du méat (femme), soit même dans le vagin. Il faut encore citer parmi les cas difficiles, l'observation rapportée par M. Albarran d'une jeune fille de 18 ans, vierge, qui avait une incontinence nocturne et diurne intermittente. Cette dernière était due à une cystocèle vaginale au niveau de laquelle on constatait une absence congénitale de la couche musculaire du vagin et de la vessie.

Les incontinences dues à une lésion acquise des voies urinaires sont en général faciles à diagnostiquer. comme par exemple dans les cas de calcul, de tuberculose, de cystite.

Dans la maladie qui nous occupe les urines sont habituellement claires et il n'y a pas de phénomènes douloureux. Dans quelques cas rares le diagnostic est cependant des plus difficiles. M. Albarran cite le cas d'une jeune fille qui avait depuis l'âge de 15 ans une incontinence diurne surtout accusée au moment des règles. A l'examen de la malade on put constater une adhérence anormale de la partie postérieure de la vessie et de la face antérieure de l'utérus. Lorsque la malade était couchée, l'utérus obéissant à son poids se déplaçait en arrière et entraînait la paroi postérieure de la vessie adhérente à sa face antérieure. Dans la station debout l'utérus se déplaçait en avant et attirait fortement la paroi postérieure de la vessie, maintenant le sphincter béant.

2° Avec les affections organiques ou non du système nerveux. — Le mal de Pott, le spina bifida, la myélite transverse, peuvent produire des incontinences faciles à diagnostiquer : mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certaines maladies comme la maladie de Freidreich, de Little, l'incontinence peut s'observer d'une manière précoce et le diagnostic ne se fait pas toujours. Les symptômes qui caractérisent la maladie de Little au début, peuvent être confondus avec l'exagération des réflexes et du tonus musculaire que Frend (Neurolog. Centralblatt, nov. 1893) a signalée comme fréquente dans l'incontinence d'urine essentielle.

Parmi les altérations purement dynamiques du système nerveux, on doit surtout faire le diagnostic avec l'épilepsie.

Plusieurs cas peuvent se présenter : ou bien on a affaire à une attaque qui a passé inaperçue, il faudra alors bien examiner si le malade s'est mordu la langue, s'il s'est débattu, si le lit a été

complètement défait, si le malade est tombé par terre; il faudra demander si le matin qui suit son incontinence le malade est fatigué, abattu.

Ou bien on a affaire à une forme larvée de l'attaque. Le diagnostic est alors bien plus difficile. Je crois, pour ma part, qu'une des variétés du petit mal peut consister dans une incontinence nocturne d'urine. Les manifestations de l'épilepsie n'atteignent pas en effet seulement les muscles striés : les muscles lisses peuvent aussi être atteints. M. François Franck a pu dans les expériences d'epilepsie provoquée, supprimer par le curare les manifestations sur les muscles striés et mettre en lumière les contractions des muscles lisses. Il faut surtout se méfier si l'incontinence est rare et débute tard : Trousseau considérait toutes les incontinences nocturnes d'urine survenant chez l'adulte comme d'origine comitiale.

3° Enfin il faudra penser à la *simulation possible*.

II. Lorsque le diagnostic d'incontinence nocturne essentielle sera bien établi, il faudra faire le *diagnostic de la forme*.

Il existe deux variétés principales : 1° la forme avec atonie sphinctérienne, si bien décrite par M. le Professeur Guyon, et qui répond à la symptomatologie que nous avons résumée plus haut; 2° la forme avec excitabilité vésicale : le malade est souvent pollakiurique dans la journée, et le sphincter peut résister davantage à l'olive exploratrice. La première forme s'observe plus souvent chez les petits garçons et la seconde chez les petites filles. Le traitement, soit médical, soit électrique devra subir des modifications comme nous le verrons plus tard. Cette forme doit surtout être distinguée de la pollakiurie psychopathique et des diverses pollakiuries symptomatiques.

Il existe deux autres formes plus rares avec incontinence par regorgement. Dans l'une, entrevue par Civiale et bien décrite par MM. Rochet et Jourdanet, il y a spasme du sphincter externe ; dans l'autre, dont j'ai décrit un exemple l'année dernière au congrès d'urologie, il y a incontinence par regorgement ayant une autre pathogénie.

La cause de la rétention est due non à un spasme de la région membraneuse, mais à une paralysie de la sensibilité fonctionnelle réflexe du corps de la vessie. La malade avait une incontinence de matières fécales de même nature. Toute lésion organique du système nerveux devait être éloignée. La malade

guérit d'ailleurs très rapidement sous l'influence de l'application de courants faradiques.

III. *Il faudra enfin faire en dernier lieu le diagnostic de la cause.*

L'incontinence peut être le résultat direct de l'hérédité nerveuse et alors le plus souvent l'incontinence normale de l'enfant se continue sans transition. Mais souvent aussi la miction s'établit d'une façon régulière et il faut rechercher la cause de l'apparition de l'incontinence. Quatre ordres de causes interviennent habituellement.

1, *Toute cause débilitant soit l'organisme en général, soit le système nerveux en particulier.*

L'incontinence peut en effet survenir comme conséquence d'un diabète, après une maladie infectieuse, à la suite d'un traumatisme, d'une émotion un peu vive. Ces causes n'agissent que sur un terrain préparé et ne font que révéler une dystrophie fonctionnelle déjà existante.

2. *Réflexes divers* : phymosis, adhérences entre le prépuce et le gland, oxyures, hernies, etc.

3. *Urines acides*, surtout par augmentation de l'acide urique.

4. *Un certain degré de polyurie.* — J'ai insisté sur l'influence étiologique de ce symptôme dans une communication faite cette année au congrès d'urologie. Il n'est pas rare en effet, de voir des parents nous raconter avec étonnement que les enfants inondent leur lit peu de temps après qu'on les a fait lever. Cette polyurie peut être due à ce que l'urine de la nuit est souvent plus abondante chez les enfants à cause de l'heure du coucher rapprochée de celle du dîner. Elle peut être due aussi à ce que, par suite du sommeil lourd habituel et tout spécial chez ces petits malades, les centres médullaires du rein fonctionnent avec une activité plus grande. Cette polyurie, une fois constatée, doit être distinguée de la polyurie essentielle qui peut dans certains cas s'accompagner d'incontinence nocturne d'urine. Il peut d'ailleurs très bien se faire que, chez certains petits malades, on se trouve en présence d'une polyurie essentielle larvée.

B. Un grand nombre de traitements ont été employés pour combattre cette affection, et parmi eux, le traitement électrique doit être mis au premier plan. En effet, comme l'a démontré le professeur Guyon, c'est l'état atonique du sphincter qui est la raison déterminante de l'incontinence, et c'est sur lui qu'il faut porter l'action de l'électricité.

On peut le faire d'une manière directe, au moyen de l'élec-

trode urétrale de M. le Professeur Guyon. On se sert de préférence des courants induits de la bobine à gros fil avec des intermittences lentes.

Chez les petits enfants et chez les adultes à canal très sensible, il vaut mieux pratiquer l'électrisation localisée en agissant sur la région membraneuse au moyen d'une électrode périnéale. C'est aussi ce dernier mode d'emploi qu'il faudra choisir dans certaines formes d'incontinence avec irritabilité vésicale.

PLEURESIE AIGUE AVEC EPANCHEMENT CONSIDERABLE CHEZ UN NOURRISSON DE TROIS MOIS ET DEMI,

Par le Docteur Louis Régis.

Au mois de novembre dernier, Mme C..., demeurant rue Curiale, n° 50, menait, à la consultation du dispensaire de la rue de Crimée que dirige le docteur Millon dont je suis l'assistant, son bébé âgé de trois mois et demi. Il avait, disait-elle, de la diarrhée verte depuis huit jours et des convulsions depuis cinq jours. C'était une petite fille chétive, quatorzième enfant d'une famille présentant un certain intérêt au point de vue léthalité. Le père et la mère bien portants semblent indemnes de tuberculose ou de syphilis, mais sur les 14 enfants, 10 sont morts, parmi lesquels 3 étaient nés avant terme. Au dire de la mère, qui n'a jamais eu de fausses. couches, les 3 autres seraient morts de méningite tuberculeuse à Hérold, Bretonneau et Trousseau. Ils avaient respectivement 3 ans 1/2, 2 ans 1/2, 3 ans.

La petite qui nous intéresse a été élevée au sein, puis au biberon avec du lait stérilisé.

Examinée, elle avait effectivement des convulsions. Très fiévreuse, agitée de mouvements convulsifs, les yeux luxés dans leur orbite, la petite malade avait une dyspnée intense, du tirage costal et une petite toux quinteuse. Son ventre était gros mais souple, ses langes étaient salis par de la diarrhée verte. En regardant la poitrine, une chose attira notre attention : la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal, près du bord gauche du sternum. Les espaces intercostaux étaient effacés, le thorax était globuleux et la peau lisse et luisante. Nous auscultâmes alors les poumons et nous trouvâmes, à gauche en arrière, un souffle doux dans toute l'étendue du poumon qui était mat. On n'entendait ni râles ni murmure vésiculaire. A droite on notait, en arrière, des râles fins et sibilants à la base. En avant, exagération de la respiration.

Devant la gravité de l'état général, nous crûmes à une pleurésie purulente et nous pratiquâmes une ponction exploratrice qui ramena un liquide clair rosé.

Il s'agissait donc d'une pleurésie aiguë avec un vaste épanche-

ment qui avait refoulé le cœur jusqu'au sternum. Malgré nos conseils impérieux, la mère ne voulut point laisser pratiquer la paracentèse de la poitrine, ramena son bébé chez elle où il mourut le surlendemain.

Messieurs, le cas que je viens de décrire est classique et si je vous l'ai tout de même communiqué, c'est à cause de sa précocité et des problèmes étiologiques qu'il peut soulever, l'examen du liquide pleural et l'autopsie n'ayant pu être faits.

Bouchet, dans son *Traité des maladies du nouveau-né*, déclare que la pleurésie aiguë est fort rare chez les nourrissons. Elle justifie, dit-il, l'observation de Cælius Aurelianus : *Intelligimus perfectam passionem pleureticam difficulter pueros incurrere.* Bouchet en a cependant observé 10 cas sur des enfants de 16 à 18 mois. Barthez et Rillet n'en citent que 3 cas de 1 à 3 ans. Barier ne les note qu'après 6 ans. Cadet de Cassicourt n'a observé que 10 cas dont le plus jeune avait 11 mois. Hervieux, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1860, déclare dans un article consacré à la pleurésie chez les nourrissons avoir suivi 14 cas ainsi répartis : 7 fois l'épanchement était purulent, une fois séreux, 3 fois séro-sanguinolent, 3 fois c'était de la pleurésie sèche, soit en somme que 4 cas de pleurésie séreuse aiguë.

De ces 27 cas que j'ai pu relever dans la littérature médicale, le nôtre est de beaucoup le plus jeune.

Au point de vue étiologique, il est regrettable que nous n'ayons pu examiner le liquide. S'agissait-il d'une pleurésie aiguë simple ? d'une pleurésie tuberculeuse ? ou, tenant compte de la polyléthalité infantile et des naissances avant terme qui se sont produites dans la famille, pouvait-on incriminer la syphilis ? Ces trois étiologies sont possibles. Mais la clinique seule est insuffisante à nous renseigner à cet égard.

BIBLIOGRAPHIE

LE PERSONNEL FÉMININ DES HOPITAUX PARISIENS

Tout le monde sait le rôle joué par M. Bourneville dans cette question toujours à l'ordre du jour, de l'assistance hospitalière. Le créateur des écoles d'infirmières vient de publier une nouvelle édition de son *Manuel pratique de la garde-malade.*

Ecrit avec élégance, illustré de nombreuses gravures, ce manuel se divise en quatre petits volumes. Le premier comprend les éléments d'anatomie et de physiologie indispensables à connaître pour une infirmière. Le deuxième volume traite des questions administratives, comptabilité, économie hospitalière. Avec le troisième nous rentrons dans les questions médicales car l'auteur passe en revue les différentes méthodes de pansements et les soins qu'ils comportent. Le quatrième volume s'occupe des femmes en couches, des médicaments usuels, et donne aux infirmières et aux garde-

malades les éléments d'hygiène qu'il est important pour eux de connaître.

Nous sommes persuadés que bientôt, le Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière sera dans toutes les mains, non seulement des élèves qui suivent les écoles créées par notre maître M. Bourneville, mais aussi dans celles des personnes que les questions hospitalières intéressent, et de plus en plus ces dernières deviennent nombreuses.

Et si nous espérons voir cet ouvrage entre toutes les mains, c'est que nous désirons que, de plus en plus, on apprenne à juger l'œuvre colossale entreprise, il y a une vingtaine d'années, par le distingué médecin de Bicêtre. Sans lui, l'assistance hospitalière laïque eût été vaincue, car elle eut à lutter, au début surtout, contre les ennemis nombreux, avoués ou cachés, et qui d'ailleurs n'ont pas tous désarmé. Mais malgré les fautes commises, car souvent M. Bourneville fut bien mal secondé dans ses projets, tout le monde est bien forcé de reconnaître que les écoles d'infirmières fonctionnent avec la plus grande régularité et que la plupart des élèves qui en sortent font d'excellentes infirmières-panseuses, véritables assistantes des chefs de service.

Seul le recrutement n'en est pas toujours facile et cela tient à beaucoup de causes qui ont des racines que le temps seul arrachera. Il est évident que si on compare la *trained-nurse* des hôpitaux anglais ou américains, véritable femme du monde doublée d'une infirmière dévouée et capable, avec nos infirmières diplômées françaises, la comparaison malheureusement ne sera pas toujours en faveur de ces dernières, et nous avons bien souvent entendu des réflexions désagréables quoique justes faites par nos confrères anglo-saxons, quand nous les pilotions dans nos hôpitaux parisiens. Mais à qui la faute? Certes pas à M. le Dr Bourneville, qui non content d'avoir créé de toutes pièces des écoles techniques pour donner aux élèves les connaissances médicales nécessaires, n'a pas cessé de lutter pour obtenir soit du conseil municipal, soit de l'Assistance publique, le bien-être matériel qui manque tant à notre personnel médical secondaire. M. Mesureur a déjà fait beaucoup et continuera, nous en sommes persuadés; mais il a été le premier directeur de l'Assistance publique qui ait daigné s'occuper de ces questions, qui pendant une vingtaine d'années, n'avaient pas fait un pas en avant.

Quand le bien-être matériel existera, il faut espérer que nous verrons affluer dans la carrière hospitalière, si belle et si intéressante, de nombreuses jeunes filles de la classe moyenne, comme cela est en Angleterre et en Amérique. Nous espérons voir un jour les femmes qui désirent gagner honorablement leur vie se mettre sur les rangs pour être nommées infirmières, comme elles le font actuellement pour être téléphonistes ou institutrices. Ces carrières se valent bien, mais pour cela il faut une petite révolution ou plutôt

une évolution des esprits. Il faut faire comprendre à ces jeunes filles que le métier d'infimière est une des carrières les plus intéressantes qui soient, qu'en la suivant elles jouent un rôle social important, et qu'elles y trouveront les satisfactions morales les plus grandes, et aussi leur montrer — car beaucoup ne voient dans une carrière que le côté pratique — qu'en entrant dans les hôpitaux, avec de l'intelligence, de la conduite et du savoir, elles peuvent atteindre une situation honorable et suffisamment rétribuée si on la compare avec les autres carrières féministes.

Mais, voilà, dans les milieux d'où nous voudrions voir sortir les infirmières, une jeune fille qui parle d'entrer dans les hôpitaux est considérée comme dénaturée, et si elle persiste dans sa résolution, sa famille se refuse presque à la voir.

Pour les uns, c'est un métier de domestique, pour les autres l'hôpital est un lieu de perdition et, à côté de cela, la sœur aînée par exemple, court les rues toute la journée comme maîtresse de piano ou de français ! M. Bourneville connaît les dessous de cette question et plus d'une fois nous l'avons entendu causer de ce recrutement hospitalier qu'il faudrait modifier. Certes il y a dans le personnel actuel, beaucoup de femmes dévouées, beaucoup de femmes instruites, mais elles sont en minorité à l'heure présente. Elles sont souvent secondées par des sous-ordres temporaires, qui sont dans les hôpitaux, jusqu'à ce qu'ils puissent en sortir, ayant trouvé un autre emploi qu'ils jugent plus digne d'eux, et ce n'est pas avec un personnel aussi instable que l'on peut faire un service homogène. Voir affluer aux écoles d'infirmières, des jeunes filles instruites et d'un certain niveau social n'est pas une utopie, cela viendra et peut-être plus vite qu'on ne le croit, vu la difficulté pour la femme de gagner sa vie honnêtement. Elles feront vite la boule de neige et en peu d'années nous aurions un personnel hospitalier aussi bon que celui des hôpitaux de Londres. Quand Miss Florence Nightingale a créé la *nurse* anglaise moderne elle a eu à combattre elle aussi des préjugés, mais elle paya de sa personne et réussit à créer un mouvement sympathique à sa cause parmi des dames du monde. En quelques années la bataille fut gagnée, et le recrutement hospitalier assuré dans des conditions extraordinaires de moralité et de savoir, puisque la plupart des nurses anglaises, appartiennent à la bourgeoisie, filles de clergymen, de médecins, d'avocats, quelques-unes même sortent des plus grandes familles. Or la chose serait faisable dans notre pays si une femme intelligente, dévouée, et ayant une certaine influence se faisait la collaboratrice de M. Bourneville et la pourvoyeuse des écoles d'infirmières.

Nous voyons chaque jour dans nos services, des dames appartenant à l'Union des femmes de France ou des dames françaises, prendre le plus grand intérêt aux choses médicales, et montrer un dévouement admirable pour panser les malades de nos salles de

chirurgie ; ne pourraient-elles pas nous aider à recruter ce personnel qui nous serait si utile ?

Elles rendraient ainsi à la société un très grand service et avanceraient aussi la cause féminine qui est plus que jamais à l'ordre du jour, en créant un débouché nouveau.

M. le Directeur de l'Assistance publique est un partisan dévoué de la question, cela nous le savons, et s'il a déjà fait beaucoup, il est disposé à faire encore plus si on l'aide.

Aussi, de toutes parts, il y a de la bonne volonté, les principaux obstacles sont renversés, il ne reste plus que les préjugés et une certaine rancune, déjà bien vieille, contre la laïque au lit du malade. Unissons-nous pour essayer d'en triompher, nous le devons aux malades, et aussi au bon renom des hôpitaux parisiens.

M Bourneville, tout seul, a fait beaucoup ; je crois que maintenant nous pourrions activer son œuvre, en cherchant à créer autour d'elle, ce courant sympathique qu'elle n'a jamais eu qu'auprès de certains milieux politiques qui eux ne peuvent que l'appuyer platoniquement. Et nous le répétons ici, c'est dans les milieux féminins que nous devons soulever la question, et si nous pouvons les intéresser à la cause hospitalière, la bataille sera gagnée facilement, cela ne fait pas l'ombre d'un doute.

Or ce petit *Manuel pratique de la garde-malade*, dont l'analyse nous a amené à parler de la question du recrutement des infirmières, rendra les plus grands services, en faisant connaître à ceux qui l'ignorent, le rôle et les devoirs de l'infirmière moderne véritable assistante du médecin.

Nous ne demandons donc qu'une chose, c'est de le voir se répandre le plus possible dans les familles, dans les écoles, dans les milieux s'intéressant aux choses médicales et avec lui grandira l'idée que le métier d'infirmière est un métier actif et intelligent et digne d'occuper une existence entière de femme.

PAUL LUTAUD.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LE TRAITEMENT MIXTE DE LA SYPHILIS

GAILLETON.

Le mercure et l'iodure peuvent être associés dans un sel double ou administrés isolément dans des préparations distinctes.

SELS DOUBLES DE Hg ET DE KI. — *Biiodure de mercure et iodure de potassium.* — La formule la plus usitée est le *Sirop de Gibert*, qui contient, par cuillerée à soupe de 25 grammes, 0,01 cent. de biiodure et 0,50 d'iodure, 1 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Les *pilules*, moins usitées, contiennent :

Biiodure 0,005 m. et KI 0,25.

Deux à trois pilules.

Iodhydrargirate d'iodure de potassium. — Est la base du *Sirop de Puche*, qui contient par cuillerée à soupe de 25 grammes :

Iodhydrargirate de KI..................	0 gr. 05
Iode..................................	0 gr. 05
Iodure de potassium....................	1 gr.

1 à 2 cuillerées.

Les sels doubles ont cet avantage d'être commodes à prendre ; ils ont, par contre, l'inconvénient de ne pouvoir modifier la proportion des deux composés. Si le médecin désire augmenter la dose journalière de KI, par exemple, il est obligé d'élever dans la même proportion la dose de Hg, ce qui bien souvent serait excessif.

Hg et KI administrés séparément. — *Voie digestive.* — *On* prescrit un des sels mercuriels biiodure, bichlorure, etc., à prendre matin et soir, à la dose ordinaire, et dans la journée, avant ou après le repas, l'iodure de potassium. Cette méthode a le sérieux inconvénient de soumettre le tube digestif à une épreuve assez rude et qui ne pourrait continuer longtemps. Il est préférable de faire absorber le mercure par les voies cutanées ou hypodermiques, afin de ménager les fonctions digestives qu'il est de la plus haute importance de maintenir en bon état chez les syphilitiques. Le mode d'administration que nous conseillons est le suivant :

Accidents syphilitiques de moyenne intensité. — Friction mercurielle, le soir, avec 4 grammes d'onguent napolitain ; dans la journée 4 grammes de KI aux repas.

Accidents graves. — Une injection de biiodure de 2 à 3 centigrammes et 4 grammes KI aux repas. Continuer pendant 25 à 30 jours, suspendre pendant 10 jours et suivant l'effet produit, recommencer une nouvelle série, ou si les accidents sont en voie de disparition donner simplement une à deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert. Si le malade ne peut suivre ce traitement journalier, remplacer l'injection de biiodure par celle d'huile grise une fois par semaine.

Indications du traitement mixte. — Quelques praticiens croient multiplier les chances de succès en associant les deux spécifiques à toutes les périodes et dans tous les cas de syphilis. L'expérience montre qu'il n'en est rien, et que le traitement mixte doit être réservé pour certains accidents des âges secondo-tertiaires et tertiaires. Ainsi les syphilides *crustacées* résistent parfois opiniâtrement au mercure seul et sont heureusement modifiées par l'adjonction de l'iodure. Il en est de même des syphilis psoriasiques palmaire et plantaire, des nodules tubéreux, etc., de l'infiltration scléreuse de l'épididyme et du testicule.

On a depuis longtemps remarqué que l'iodure de potassium n'était pas le spécifique exclusif du tertiarisme, et que dans nombre de cas le mercure exerçait une action salutaire. La pratique des

injections hypodermiques est venue confirmer ce fait ; mais il ne faut pas tomber dans l'excès opposé et méconnaître la puissance de l'iodure dans les affections des os, des articulations, des syphilides cutanées et muqueuses. Dans ces diverses affections, aussi bien que dans la syphilis viscérale, le traitement mixte rend de précieux services. Le traitement mixte a été préconisé également dans les syphilides malignes et particulièrement dans les malignes précoces au début de la syphilis.

TRAITEMENT DE LA DIARRRÉE INFANTILE PAR LA GÉLATINE. (Weil, de Lyon.)

Voici le *modus faciendi :*

On formule une solution *au dixième* de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie (500 grammes ou un litre par exemple). On filtre soigneusement la solution de gélatine. Puis on porte le récipient dans un autoclave à 120°, pendant une demi-heure. En cas d'urgence on pourrait se contenter d'une ébullition prolongée pendant trois quarts d'heure. On répartit ensuite, sans laisser complètement refroidir dans des tubes en verre, dits tubes à essais chimiques, dont chacun contient 10 centimètres cubes de la solution. Il ne reste plus qu'à incorporer le contenu de chacun de ces tubes à-essai (renfermant par conséquent un gramme de gélatine) dans le biberon même ; il faut, au préalable, chauffer légèrement le tube au bain-marie, car la gélatine se solidifie d'ordinaire autour de 22° et — surtout si la température atmosphérique est basse — le contenu des tubes à essais est gélifié.

On peut donner de la sorte facilement 1 gramme de gélatine (en solution au 1/10e) *avec chaque biberon,* c'est-à-dire 6 à 8 grammes pour une journée. La préparation est bien acceptée par l'enfant. On peut même aller quotidiennement à 12 et 14 grammes de gélatine, jusqu'à cessation de la diarrhée et transformation complète de la morphologie des selles ; pour cela, on administrera, par exemple, deux tubes dans un même biberon de lait. Dans la pratique, les auteurs commencent par trois tubes préparés comme il est dit, puis ils augmentent progressivement à raison d'un tube, c'est-à-dire un gramme, par jour. Les effets de cette médication sont en général très favorables.

Les selles diminuent de fréquence. Leur aspect est rapidement modifié : elles deviennent plus consistantes, mieux liées; les grumeaux, qui souvent y abondent, disparaissent; progressivement elles se rapprochent des selles de type normal. La couleur change aussi : la teinte verdâtre s'atténue et cède peu à peu la place, au jaune foncé d'abord, puis au jaune franc. La mauvaise odeur disparaît, même, la réaction, nettement acide d'abord au tournesol, vire à l'alcalinité normale. En un mot et souvent, dès l'administration du quatrième ou cinquième tube, la morphologie des selles est nettement influencée. Souvent aussi et parallèlement

la température décroît, les phénomènes généraux s'amendent. L'amélioration est parfois temporaire, mais il suffit, après interruption, de donner à nouveau des tubes gélatinés pour que la transformation soit complète.

La solution de gélatine n'est pas toujours efficace et applicable indistinctement à tous les troubles digestifs aigus ou chroniques du nourrisson.

Elle réussit bien et régulièrement dans les cas de gastro-entérites simples, c'est-à-dire de troubles localisés à l'intestin, avec selles fréquentes, diarrhéiques, modifiées au point de vue chimique et bactériologique, souvent accompagnées de vomissements, mais sans retentissement notable sur l'état général. Au contraire, quand la maladie est diffuse, quand il s'agit moins de gastro-entérites que d'infections digestives, avec température élevée, broncho-pneumonie surajoutée, râles congestifs des bases, spléno et hépatomégalie, albuminurie, la gélatine, tout en modifiant les selles, qui même dans ces cas deviennent rapidement normales, n'exerce pas, bien entendu, d'action sur les complications.

Ce n'est qu'en cas de choléra infantile que les selles elles-mêmes ne subissent aucune modification.

Le mécanisme de l'action exercée par la gélatine est encore réduit aux hypothèses. Il semblerait qu'elle agît mécaniquement sur les ferments aussi bien que sur les acides et les sels ; elle les neutralise vraisemblablement en les isolant par un procédé purement physique. Dans ces conditions, on peut concevoir que l'efficacité thérapeutique résulte d'une neutralisation analogue des produits toxiques, organiques et inorganiques, du tube digestif, chez les nourrissons atteints de diarrhée. *(Soc. des sciences médicales de Lyon.)*

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

La formaline en injection intraveineuse contre la septicémie. — Les journaux de médecine américains s'occupent depuis quelque temps d'un nouveau traitement de la septicémie au moyen des injections intra-veineuses d'une solution de formaline à 1/5000. Un cas traité et guéri par cette méthode fut rapporté par le Dr Barows. Depuis, des médecins ont publié l'observation de malades où ce traitement n'avait donné aucun bon résultat. Le Dr Antonio Fanoni, de New-York, s'est emparé de la question et l'a traitée d'une façon complète. Il a fait de nombreuses expériences au laboratoire pathologique du Post Graduate Medical School. Il passe en revue, dans son travail, tous les essais de médication intra-veineuse depuis Wren en 1656, qui injecta des diurétiques ; Guido Bacelli en 1889, qui injecta de la quinine au cours de la malaria et du bi-chlorure de mercure dans la syphilis ; Spissu et Serafini qui, en 1902, firent des injections de bi-chlorure de mercure dans l'anthrax et la septicémie, etc. Toutes ces recherches ont démontré qu'un antiseptique assez puissant pour tuer l'agent infectieux, souvent tuait l'animal lui-même. L'auteur croit que la formaline n'a eu rien à faire dans la guérison de la malade du Dr Barows. Souvent, dit-il, la malade guérit de la septicémie sans aucun traitement ; l'injection d'eau salée dans le sang suffit même dans ces cas pour amener une amélioration rapide. Il croit donc que c'est moins

la formaline que l'eau qui la contenait qui a fait du bien à cette malade. Il résulte d'ailleurs de ses expériences sur les animaux auxquels il avait injecté des cultures de streptocoques, de pneumocoques, etc., que la formaline en solution de 1/5000, même en petite quantité, est dangereuse; les animaux témoins ont vécu plus longtemps que les animaux soumis à ce traitement. Dans un cas donné de septicémie il faut considérer deux facteurs importants : 1° la date de l'infection; 2° la virulence du germe pathogène. Plus la septicémie est ancienne, plus on aura de difficultés à faire disparaître l'intoxication du sang. Si le germe infectieux du sang n'a pas une très grande virulence, la malade a des chances de guérir, même sans traitement. L'auteur a remarqué que les injections de sérum artificiel ont produit de bons effets chez les animaux infectés. Les meilleurs résultats furent obtenus au moyen de petites quantités de sérum, injectées toutes les six heures. Il recommande donc cette méthode de traitement jointe aux autres que la thérapeutique nous enseigne, tel que curage utérin, etc. (*New-York méd. journal*, 1903.)

L'adrénaline comme hémostatique en gynécologie. — M. Fénoménov, professeur d'obstétrique à l'Institut de médecine pour femmes à Saint-Pétersbourg, a institué des essais chimiques qui sont venus pleinement confirmer cette supposition.

Notre confrère a été à même de se convaincre que l'application d'un tampon d'ouate imbibée d'une solution d'adrénaline à 0.20 0/00, maintenu sur la muqueuse vaginale durant une minute, avant une intervention telle que la colporrhaphie ou la colpopérinéorrhaphie, n'ischémie nullement le champ opératoire; les tentatives faites en vue d'arrêter par le même moyen l'hémorragie restent également infructueuses.

Par contre, l'action vasoconstrictive et hémostatique de l'adrénaline s'est montrée très énergique au cours d'interventions sur la matrice. Il y a plus : dans un cas de curettage de l'utérus, M. Fénoménov a pu constater que l'application, pendant quelques dizaines de secondes, d'un tampon de gaze imbibée d'une solution d'adrénaline à 0.20 0/00 *sur la muqueuse du col* suffit pour permettre de mener à bout le curettage *du corps de l'utérus* avec une perte de sang réduite au minimum, et cela sans qu'une goutte de solution d'adrénaline ait pénétré dans la cavité du corps de la matrice.

L'effet vasoconstrictif du médicament en question, appliqué en solution à 1 0/00, a été particulièrement net dans les cas d'opération d'Emmet, où notre confrère a procédé à l'avivement de la muqueuse *avant* l'application d'adrénaline pour une moitié du col et *après* pour l'autre moitié.

Cette substance a également donné, entre les mains de M. Fénoménov, de bons résultats dans les curettages *post abortum*, et cela alors même qu'il existait une grande tendance aux hémorragies et que la simple introduction de l'hystéromètre, avant l'application d'adrénaline, suffisait pour provoquer un écoulement sanguin. Notre confrère s'est aussi servi avec succès de cet hémostatique dans l'ablation de polypes muqueux de la cavité cervicale.

Ajoutons que l'échec des applications d'adrénaline sur la muqueuse vaginale ne tient nullement à une idiosyndrasie propre à telle ou telle malade, car M. Fénoménov a noté les mêmes différences dans les réactions des diverses portions de la muqueuse génitale au cours d'une intervention portant à la fois sur le vagin et sur l'utérus *chez la même femme*. (*La Semaine médicale*.)

Traitement des épithéliomas cutanés par l'acide acétique cristallisable, par Gruchot. — Après avoir étudié les propriétés de l'acide acétique et rappelé l'historique de la question, G. expose la technique par lui suivie, qui consiste simplement à badigeonner l'ulcération épithéliomateuse avec un pinceau trempé dans l'acide acétique concentré. Les badigeonnages doivent être répétés au moins tous les deux jours; il faut, avant toute application, débarrasser la lésion de la croûte qui la recouvre presque toujours, au moyen d'un pansement humide quelconque. Il est important de dépasser la lésion de un ou deux millimètres avec le badigeonnage, pour détruire les parties néoplasiques qui pourraient s'y trouver. L'amélioration est rapide. La durée du traitement varie de un à trois mois. Les muqueuses nasale et conjonctivale étant fâcheusement impressionnées par l'acide acétique, il importe de les mettre à l'abri du

contact, dans le cas de tumeur siégeant dans leur voisinage, en les couvrant d'un tampon pendant la durée de l'application du topique. Ce remède simple coûte peu, son application est presque indolore, absolument inoffensive et ne laisse pas de cicatrice apparente. (*Maladies cutanées et syphilitiques*, 1903, page 742.)

Traitement de la syphilis héréditaire tardive par le cyanure de mercure. — Un enfant de 5 ans 1/2 présente des plaques muqueuses des lèvres et des parties latérales de la langue. Cicatrices indéterminées sur l'avant-bras et la jambe droite. Les lésions spécifiques n'ayant pas été modifiées par des frictions mercurielles et des frictions avec une pommade au collargol, on pratiqua des injections intra-veineuses d'une solution de cyanure de mercure à 1/100 dont on injectait quotidiennement un centimètre cube. Le résultat thérapeutique est remarquable, car au bout de trois injections les lésions étaient presque complètement disparues. La première fut très bien supportée, mais à la suite des deux autres, il y eut de la douleur et une rougeur bientôt suivie d'une petite eschare; à la suite de celle-ci, il y eut une plaie suppurante assez profonde. Donc si les injections intra-veineuses de cyanure de mercure peuvent donner chez l'enfant comme chez l'adulte des résultats intéressants, leur emploi ne pourra être généralisé chez lui, car l'étroitesse des veines à cet âge et l'épaisseur du pannicule adipeux les rendraient beaucoup moins aisées que chez l'adulte. Aussi si l'on peut, malgré les difficultés, faire chez l'enfant des injections intraveineuses de substances non irritantes, l'action caustique du cyanure de mercure, qui peut être négligée quand on est certain de le mettre seulement dans la veine, comme il est aisé de le faire quand les veines sont très saillantes, devra en faire réserver l'emploi chez les enfants en bas âge. (*Annales de méd. infantile*, juillet 1903.)

Une opération conservatrice du phimosis congénital. — D'après J. Woodyatt, d'Halifax, l'obstacle au décalottement dans le phimosis congénital proviendrait, non pas de l'étroitesse de la partie tégumentaire du prépuce, mais d'une sorte de sténose de l'anneau muqueux qui entoure le gland. Cela étant, le phimosis congénital ne relèverait pas de la circoncision, qui est une intervention mutilante, mais d'une autre opération, purement conservatrice, dont l'auteur s'est toujours bien trouvé et qu'il pratique de la façon que voici.

Saisissant le gland entre le pouce et l'index de la main gauche, on tire le prépuce en arrière, autant que faire se peut, et au moyen de ciseaux pointus, tenus de la main droite, on sectionne l'anneau muqueux constricteur d'abord à droite, puis à gauche. Point n'est nécessaire de pousser ces incisions loin en arrière : il faut seulement qu'elles soient bien symétriques et d'étendue sensiblement égale. La constriction une fois levée, on décalotte le gland, on détache les adhérences du feuillet muqueux du prépuce et on nettoie le sillon balano-préputial de la matière sébacée qui s'y trouve accumulée. On n'a plus alors, pour terminer l'opération, qu'à appliquer sur chaque incision un point de suture, mais de façon à transformer l'incision longitudinale en une plaie transversale. A cet effet, on procède comme on le fait pour la cure du rétrécissement pylorique : on réunit, au moyen d'un fil de catgut chromé, les deux extrémités ou angles de chaque incision. Se trouvant recouvertes du prépuce, ces petites plaies guérissent d'elles-mêmes. Si les fils tardent à se détacher, on les enlève au bout de huit à dix jours, et on constate, à ce moment, que le décalottement et le calottement du gland s'effectue avec la plus grande facilité. (*Bulletin médical.*)

A quel âge faut-il opérer les becs de lièvre? (R. W. Murray.) — Etant donné que l'opération du bec de lièvre a surtout pour but d'empêcher la prononciation vicieuse ultérieure de l'enfant, il est évident, d'après Murray, qu'il faut pratiquer l'opération le plus tôt possible. Au point de vue opératoire cependant, il n'en est plus ainsi et l'opération, les premiers jours après la naissance, a fréquemment donné des insuccès dus à la grande fragilité des tissus. Aussi, l'auteur conseille-t-il de remettre l'opération le plus tard possible, dans la limite de ce qui est compatible avec la perfection ultérieure maximum du langage, soit à la fin de la deuxième année. Cependant, la fente de la lèvre sera fermée vers la troisième ou quatrième semaine ; il est remarquable que la fermeture de la fente

labiale influe sur le développement du palais osseux, au point que, dans un grand nombre de cas, quelques mois après l'opération sur la lèvre, la fente alvéolaire, quoique considérable lors de l'intervention, avait pratiquement disparu. Il va sans dire que l'éducation et la correction du langage parlé par l'enfant devront être conduites avec la plus grande attention, la défectuosité du langage étant due, dans ces cas, à la grande profondeur du palais tout autant qu'au bec de lièvre, ce qui explique les resultats fonctionnels imparfaits souvent observés après l'opération.

Traitement de l'angiome de l'enfant. (Kirmisson.) — A propos d'un cas d'angiome de la lèvre supérieure développé chez une fillette de 5 ans, K... étudie la symptomatologie des tumeurs érectiles et leurs diverses variétés. Leur traitement peut quelquefois être extrêmement difficile. Il ne peut être question d'une méthode applicable à tous les angiomes, il faut de toute nécessité établir des catégories. Chez les nouveau-nés il ne faut pas se presser d'intervenir car il est très possible qu'ils arrivent à disparaître spontanément. Quand il s'agit d'une tache érectile cutanée, la vaccination pratiquée à son niveau peut en amener la guérison. Quant aux taches érectiles sous-cutanées on a dans la cautérisation au fer rouge un excellent moyen pour arriver à leur guérison : il faut se servir de pointes très fines portées au rouge sombre. On aura soin de circonscrire la périphérie de la tumeur par des pointes de feu et de ne pas trop les multiplier. S'il s'agit d'angiomes profonds, sous-cutanés, le thermocautère ne pourra rien. Il faudra avoir recours à d'autres moyens. L'extirpation de la tumeur convient en cas d'angiomes circonscrits. Quand il s'agit d'angiomes diffus, d'angiomes de la région carotidienne, sous-maxillaire ou de la lèvre, on ne peut employer que les injections coagulantes ou l'électrolyse. Il y a des chirurgiens qui disent que les injections coagulantes constituent un moyen épouvantable auquel il ne faut pas avoir recours. Pourquoi ? Parce qu'il y a eu quelques cas excessivement rares de mort par embolie. On comprend, en effet, que si l'on n'a pas eu le soin de bien circonscrire la tumeur de façon à empêcher la communication avec le torrent circulatoire, et surtout si on pénètre dans un gros vaisseau, on peut évidemment produire des accidents et, pour sa part, dans une tumeur profonde où il est impossible d'interrompre la communication avec la circulation générale, l'auteur ne fait jamais de ces injections coagulantes. Quand il procède à ces injections il les fait avec une solution de perchlorure de fer dans laquelle il entre du chlorure de sodium ; il en injecte 5, 6, 8 ou 10 gouttes suivant le volume de la tumeur. Ces injections sont donc à conseiller dans les cas d'angiomes où l'on peut facilement circonscrire la tumeur. Restent les cas d'angiomes très profonds dans lesquels il est impossible d'interrompre la circulation avec le reste du système sanguin. L'électrolyse est un moyen qui a parfois donné des guérisons. Mais si l'on a affaire à une tumeur volumineuse, il faut un nombre incalculable de séances pour arriver à la diminution de la tumeur plutôt qu'à sa guérison.

X. PERROUX, IMPRIMEUR, MACON

GYÉNCOLOGIE

LE TRAITEMENT DE L'INVERSION UTERINE PUERPERALE AVEC PROLAPSUS

Par le Dr DELETREZ.

L'inversion utérine puerpérale est une affection très rare ; j'en possède deux observations personnelles que je résume ici en y ajoutant quelques considérations sur la conduite à tenir en présence d'un accident aussi grave.

Observation I. — Mme B..., 40 ans ; quatre accouchements antérieurs physiologiques ; lors du cinquième, normal également, l'expulsion placentaire se faisant attendre, l'accoucheuse exerça sur le cordon ombilical des tractions répétées qui déterminèrent une inversion totale avec prolapsus.

Je ne fus appelé que trente-six heures après l'accident et je trouvai la malade dans un état des plus alarmants : syncope, refroidissement général, pouls imperceptible ; depuis le début de l'inversion, une hémorragie grave n'avait guère discontinué.

L'utérus se présentait à la vulve ; des fragments placentaires en voie de décomposition étaient adhérents à la muqueuse.

Immédiatement, après toutes les précautions antiseptiques d'usage, en même temps qu'un aide pratiquait une injection de sérum physiologique, je fis la réduction manuelle, qui sans difficulté me permit de réintégrer complètement l'utérus dans l'abdomen ; en ce moment même, la malade mourut. Cette issue fatale doit, sans aucun doute, être attribuée à l'hémorragie ; une intervention au début de l'accident eût sauvé la malade.

Observation II. — Mme D..., 22 ans, primipare ; accouchement physiologique et expulsion placentaire normale ; trois semaines après, subitement, sans aucun symptôme précurseur, la malade eut la sensation d'un corps étranger à la vulve ; *ni douleur, ni hémorragie*, et n'eût été l'inquiétude de la malade, elle eût continué à vaquer à ses occupations habituelles ; elle me fut envoyée à l'Institut par son médecin traitant et put faire sans aucun inconvénient, ni aucune douleur, un voyage en chemin de fer d'une durée de deux heures.

L'examen me fit découvrir une inversion avec prolapsus ; la muqueuse utérine faisait saillie entre les lèvres de la vulve ; des tentatives de réduction manuelle faites avec douceur et répétées plusieurs fois dans la même séance n'amenant aucun résultat, je pratiquai un tamponnement de tout le vagin et décidai d'intervenir chirurgicalement dans une autre séance ; le soir la température s'éleva à 40°.

Le lendemain, avant d'opérer la malade, je fis une nouvelle tentative de réduction manuelle, j'introduisis toute la main droite dans le vagin et, saisissant dans les doigts recourbés le pédicule de la tumeur, j'exerçai des pressions périphériques continues, en

même temps que, de la main gauche, j'exerçai une contre-pression dans le bassin à travers les parois abdominales.

Après quelques minutes de cette manœuvre menée avec la plus grande douceur, mais d'une façon continue, j'obtins la réduction complète de l'utérus et la malade guérit.

Trois méthodes de traitement trouvent leurs indications dans l'inversion utérine puerpérale, selon que celle-ci est réductible ou irréductible.

I. — *Réduction manuelle ou instrumentale.* — En présence d'une inversion utérine puerpérale, qu'elle soit aiguë ou chronique, la première indication est de tenter de la réduire manuellement.

Certains chirurgiens se sont ingéniés à trouver des appareils de réduction, mais tous sont défectueux ou dangereux, en exposant à des perforations de l'utérus.

Les doigts d'une main, aidés de l'autre main, exerçant une contre-pression dans le bassin par le palper abdominal, surpassent en sécurité et en résultats tous les autres procédés, aussi ingénieux qu'ils puissent paraître.

C'est celui-là qui m'a permis de réduire l'inversion dans les deux cas observés.

II. — *Réduction précédée de colpohystérotomie.* — Si, après plusieurs tentatives toujours menées avec douceur, on ne peut aboutir à réintégrer l'utérus dans l'abdomen, il y a indication précise à intervenir chirurgicalement et à pratiquer la *colpohystérotomie.*

Cette opération consiste, comme son nom l'indique, dans l'ouverture soit du cul-de-sac vaginal antérieur (*colpohystérotomie antérieure*), soit du cul-de-sac postérieur (*colpohystérotomie postérieure*), et dans l'incision de la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus, suivie de la réduction de l'organe.

Ces deux procédés ont leurs partisans et peuvent être employés avec un égal succès ; voici, en résumé, leur technique opératoire :

A. *Colpohystérotomie antérieure.* — Après désinfection du vagin, attirer l'utérus inversé à la vulve ; fendre par une incision verticale la face antérieure du col et du corps utérin et ouverture du cul-de-sac antérieur par une incision transversale perpendiculaire à la première incision verticale.

On obtient ainsi deux volets latéraux qui permettent de saisir le fond de l'organe inversé et de le réduire.

Après réduction, suture de l'incision antérieure du col et du corps utérin ; l'organe est replacé dans l'abdomen ; fermeture du cul-de-sac antérieur.

B. *Colpohystérotomie postérieure.* — Abaissement de l'utérus et large ouverture du Douglas par une incision du cul-de-sac postérieur ; tentative de réduction et, en cas d'échec, incision sur la ligne médiane et dans toute son épaisseur de la paroi postérieure et du corps de l'utérus jusqu'au fond et réduction de l'organe :

sutures à points séparés de la plaie, en commençant par le péritoine ; suture du Douglas.

Outre ces deux moyens de réduction sanglante, mais conservatrice, il en existe un troisième, qui a été appliqué avec succès par quelques chirurgiens : *la laparotomie*, appelée *opération de Gaillard-Thomas*, et dont voici le manuel opératoire classique décrit par Delagenière :

« L'emploi du plan incliné facilitera considérablement l'opération, en permettant l'exploration facile de l'anneau de l'infundibulum.

« Un instrument spécial, sorte de dilatateur imaginé par Gaillard-Thomas, sera nécessaire. Cet instrument rappelle les dilatateurs employés pour dilater les doigts de gant.

« Un aide introduira une main dans le vagin, saisira fortement l'utérus inversé et refoulera solidement l'organe, comme s'il fallait mettre le col utérin en contact avec la paroi abdominale.

« Le chirurgien pratiquera alors la laparatomie, ira à la recherche de l'infundibulum d'inversion, qu'il isolera de la cavité péritonéale au moyen de compresses aseptiques. Puis il introduira dans l'anneau rétracté le dilatateur spécial. Ce dilatateur aura parfois beaucoup de peine à pénétrer assez profondément, en raison des adhérences qui réuniront entre elles les surfaces de l'utérus.

« On devra rompre ces adhérences sous peine de voir échouer toutes les tentatives de réduction.

« Lorsque l'anneau est dilaté, le chirurgien introduit une main dans le vagin et cherche à réduire l'utérus à travers l'anneau dilaté.

« Ce temps de l'opération est long et minutieux ; il faut y apporter une grande patience et recommencer, les unes après les autres, toutes les manœuvres qui ont été préconisées pour la réduction de l'utérus inversé par le vagin.

« La réduction devra se faire aussi complète que possible ; elle sera facilitée par l'instrument laissé en place.

« Dans aucun cas, il ne faudra la laisser incomplète, et on ne devra cesser les manœuvres que lorsque le fond de l'utérus aura dépassé l'anneau constricteur.

« Marcel Baudouin recommande dans certains cas de fixer le fond de l'organe réduit à la paroi abdominale afin de maintenir définitivement la réduction. »

Cette méthode opératoire présente tous les inconvénients des opérations vagino-abdominales dans lesquelles on est exposé, par des manœuvres combinées, à commettre des fautes graves contre l'asepsie ; outre ces inconvénients, cette méthode a donné lieu à une perforation du vagin avec hémorragie grave et à une péritonite mortelle.

Telles sont les *opérations conservatrices* qui ont été préconisées dans le traitement de l'inversion utérine puerpérale.

III. — *Hystérectomie totale.* — Ce troisième mode de traitement ne trouvera que de rares applications et on n'y aura recours qu'exceptionnellement chez les femmes jeunes ; il sera indiqué

chez des sujets âgés ou dans les cas où la réduction sanglante (colpohystérotomie) sera impossible, ou si au cours de cette intervention, il se produit des complications qui ne permettent pas de conserver l'utérus ; dans ces cas, on donnera toujours la préférence à l'hystérectomie totale sur l'hystérectomie partielle.

A. *Voie vaginale.* — Incision directe en arrière sur la ligne médiane du cul-de-sac postérieur et ouverture du péritoine ; introduction d'un doigt qui vient se coiffer en avant du cul-de-sac antérieur, de façon que l'utérus ne tienne plus que par les culs-de-sac latéraux et les ligaments larges ; tenter alors encore la réduction ; si elle ne se produit pas, continuer l'hystérectomie ; séparer les faisceaux des ligaments larges en deux demi-faisceaux, que l'on porte l'un à droite, l'autre à gauche et placer sur eux des pinces qu'on laisse à demeure ou en faire la ligature séparée. (Verchère.)

Dans les cas d'inversion avec prolapsus où le col est complètement effacé, la muqueuse de l'utérus inversé se continuant sans ligne de démarcation avec la muqueuse vaginale, Duret recommande la manœuvre ingénieuse suivante pour connaître le point précis où l'on doit pratiquer l'incision tranversale du cul-de-sac antérieur et postérieur, premier temps de toute hystérectomie vaginale :

Il saisit entre le pouce et les doigts le pédicule de la tumeur, de façon à sentir à travers son épaisseur le point où se trouve le museau de tanche, il sectionne au-dessus et tombe, de la sorte, dans l'infundibulum pelvien ; le décollement de la vessie n'est pas nécessaire, celle-ci étant restée au-dessus de l'utérus.

Ce point de repère trouvé, l'opération se continue ainsi :

1° Incision perpendiculaire partant du milieu de l'incision transversale antérieure qui divise la face antérieure de l'utérus jusqu'à son fond ; cette large ouverture permet parfois de lier déjà les annexes et leur pédicule ;

2° Incision transversale du cul-de-sac postérieur jusqu'au péritoine après avoir relevé l'utérus en avant ;

3° Ligature des utérines et hémisection utérine par une incision verticale de la face postérieure et du fond de l'organe dans toute son épaisseur ;

4° Les deux moitiés de l'utérus sont attirées en bas et on place sur les annexes de chaque côté, soit des pinces, soit des ligatures définitives.

C'est, comme on le voit, l'association des deux procédés de colpohystérotomie antérieure et postérieure décrits plus haut, avec ablation de l'organe inversé.

B. *Voie abdominale.* — L'hystérotomie abdominale totale présente les mêmes inconvénients que ceux que j'ai indiqués pour la laparotomie conservatrice, c'est-à-dire les manœuvres vaginales et abdominales combinées, et ses indications spéciales me paraissent rares.



OBSTÉTRIQUE

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE PAR LE SERUM ARTIFICIEL

Dr M. CONDAMIN, de Lyon.

Le nouveau traitement des vomissements incoercibles de la grossesse que je propose, repose sur la notion pathogénique suivante : l'intoxication plus ou moins générale de l'organisme, chez certaines femmes enceintes, est la cause des vomissements incoercibles. Débarrassons cet organisme par des injections sous-cutanées, mieux intra-rectales, de sérum artificiel, en laissant l'estomac au repos : telle est la thérapeutique qui nous a toujours donné des résultats que nous croyons supérieurs à ceux que fournissent les autres méthodes médicamenteuses.

L'étiologie des vomissements incoercibles de la grossesse est certainement complexe. Nous croyons, cependant, que la notion de l'intoxication générale de l'organisme suffit à tout expliquer, même les symptômes généraux dont on a voulu faire de la névropathie.

Les intoxications et les auto-intoxications sont admises sans conteste aujourd'hui. Or, chez certaines femmes enceintes, au début de la grossesse surtout, quand l'organisme est, pour ainsi dire, surpris par la suractivité éliminatrice imposée aux émonctoires, rein, foie, etc., des accidents, peu graves il est vrai, apparaissent, à chaque grossesse, avec une régularité presque parfaite, pour cesser plus ou moins rapidement au cours de celle-ci. On incrimine la névropathie. On peut aussi bien en faire de l'intoxication par exagération dans la production des toxines, soit par le fait seul de la grossesse, soit par la gêne circulatoire qu'apporte l'utérus gravide au niveau des organes voisins, d'autant plus que c'est précisément dans les premiers mois de la grossesse que se montrent ces accidents, pour cesser quand l'utérus gravide passe dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Chez les sujets intoxiqués, le système nerveux est manifestement plus excitable. Un simple toucher vaginal peut amener une crise d'éclampsie. La crise convulsive est bien la conséquence d'une excitation du système nerveux, mais d'un système nerveux rendu hyperexcitable par l'imprégnation toxique.

Cette théorie de l'intoxication, admise aujourd'hui sans conteste pour l'éclampsie, peut s'appliquer parfaitement aux vomissements incoercibles. Un de mes élèves fait sa thèse sur ce sujet ; il s'est appliqué à faire ressortir le parallélisme de ces deux affections.

L'idée de ce nouveau traitement est toute fortuite. Il y a quelques années on apportait,à la salle Sainte-Thérèse, une jeune femme dans un état de cachexie très avancée et absolument incapable de se tenir debout. Depuis trois semaines elle n'avait pu supporter ni liquide, ni aliments. Son médecin ayant épuisé toute la thérapeutique médicale, l'envoyait à la Charité, pour qu'on la fît avorter

au plus tôt. Elle était arrivée à la troisième période, dite des accidents cérébraux. Son état me parut tellement grave que je n'osais provoquer immédiatement l'avortement. Pour la remonter je lui fis administrer, chaque jour, de 3 à 4 litres de sérum artificiel en lavement, par doses de 300 grammes fréquemment répétées. Elle ne prit rien par la voie buccale.

Dès le lendemain la malade put se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle ; vers le cinquième ou sixième jour elle était tellement améliorée que je n'intervins pas. Le onzième jour, la malade qui, jusque-là, n'avait rien voulu prendre par la bouche, se trouvant bien de ses lavements de sérum, accepta un peu de nourriture qui fut bien tolérée. L'appétit revint insensiblement et la malade rentra chez elle, complètement guérie, après avoir été dans un état qui semblait désespéré.

Depuis ce cas, je n'ai jamais été obligé de pratiquer l'avortement artificiel pour vomissements incoercibles. La thérapeutique que je pratique peut se formuler ainsi :

1° Repos absolu de l'estomac, par la suppression complète de tout aliment liquide ou solide pendant huit à dix jours ;

2° Injection quotidienne, par la voie rectale de préférence, de trois à quatre litres de sérum artificiel. S'il y a intolérance, ajouter quelques gouttes de laudanum aux lavements ou recourir à la voie hypodermique ;

3° Au bout de dix à douze jours, permettre à la malade quelques gorgées de liquide et revenir insensiblement à l'alimentation ordinaire, tout en continuant quelques jours encore le lavage du sang.

J'ai employé cette méthode dans sept à huit cas identiques. Les résultats ne se sont pas démentis. L'expérience n'est pas encore suffisante pour juger de la méthode, mais on ne risque rien à l'essayer. Elle a le grand avantage de pouvoir être instituée dès le début des accidents, dans les cas légers comme dans les cas graves, d'être répétée plusieurs fois et de soulager presque immédiatement, en faisant cesser le spasme, parfois si douloureux, du pylore, chez ces malades.



PROCÉDÉS DE COMPRESSION EXTERNE DE L'UTÉRUS POUR HÉMORRAGIE POST-PARTUM

Les côtés faibles des méthodes usuelles de traitement des grandes pertes sanguines à la suite de l'accouchement sont bien connus. C'est, d'abord — alors qu'il s'agit d'hémorragie par atonie utérine — le danger d'infection résultant du tamponnement de la matrice et du vagin, danger qui est encore troublé d'un inconvénient sérieux, celui du temps relativement considérable que prend l'introduction du tampon, le sang continuant à couler sur ces entrefaites. C'est, en second lieu et en cas d'hémorragie par déchirure du col, l'inefficacité fréquente de la suture appliquée sur la solution de continuité. En effet, cette suture n'est-elle que superficielle, son

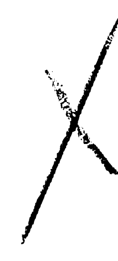
action hémostatique est insuffisante; la fait-on profonde, on risque de blesser l'urètre. Quant au simple tamponnement, pratiqué dans ces conditions, il ne saurait enrayer l'hémorragie provenant d'un vaisseau de quelque importance.

Pour toutes ces raisons, le professeur Fritsch (*Deuts. med. Woch.*, 1er janvier 1904) a recours volontiers, contre les hémorragies post-partum, à des procédés de compression simplement externe de l'utérus, procédés qui, sans être absolument nouveaux, ne sont guère d'un usage courant. Ils présentent, cependant, l'avantage, tout en n'impliquant aucun risque d'infection pour la malade, d'être à la portée de chaque praticien, même d'une sage-femme, et cela dans n'importe quel milieu.

Le moyen à employer varie, naturellement, suivant qu'on a affaire à une hémorragie par atonie utérine ou à une hémorragie par déchirure cervicale.

Dans le premier cas, le placenta une fois enlevé, on saisit l'utérus entre les deux mains, à travers les parois abdominales, et, après en avoir exprimé les caillots, on le soulève autant que faire se peut et on l'applique, en l'antéfléchissant, sur la symphyse pubienne. Les parois abdominales sont ensuite enfoncées profondément dans la cavité pelvienne, derrière l'utérus maintenu appliqué sur la symphyse. La dépression, creusée de la sorte dans le ventre, est ensuite remplie de compresses, de serviettes ou, à défaut, de pièces de vêtement, de ce qu'on trouve d'approprié sous la main. On fixe le tout par des tours de bande fortement serrés, dont plusieurs recouvrent aussi le fond de la matrice. L'utérus se trouve alors comprimé au point que tout écoulement sanguin cesse. Ce bandage, qui serait généralement bien toléré, est levé au bout de huit à douze heures.

Au cas d'hémorragie par déchirure du col, le placenta ayant été extrait, on presse fortement avec la main droite sur le fond de l'utérus, de façon à l'enfoncer dans la cavité pelvienne. En même temps, de la main gauche, on saisit les grandes lèvres et on pousse la vulve en haut, jusqu'à la rencontre de l'utérus, dont le col se trouve ainsi comprimé d'en haut et d'en bas. Les deux mains de l'accoucheur doivent exercer une pression très énergique et continue jusqu'à arrêt définitif de l'hémorragie. Pour faciliter cette besogne pénible, un aide comprime par-dessus la main droite de l'accoucheur, appliquée sur l'abdomen, tandis que l'accoucheur lui-même tient son coude gauche appuyé sur le lit, ce qui lui permet de continuer, sans trop de fatigue, le refoulement en haut de la vulve. (*Deuts. med. Woch.*, janvier 1904 et *Bulletin médical*, p. 153, 1904.)



MÉDECINE LÉGALE

L'AGE DU FŒTUS ET LA DETERMINATION DU SEXE

J'ai été prié, il y a quelques années, de produire une consultation médico-légale sur un cas intéressant relatif à l'époque à laquelle le sexe peut-être déterminé chez le fœtus.

Voici dans quelles circonstances :

Un monsieur X... épouse une dame veuve. Le soir du mariage, celui-ci ayant eu quelques soupçons sur la conduite de sa nouvelle femme pendant les quelques mois qui avaient précédé le contrat matrimonial, abandonne le domicile conjugal.

La femme outragée intente une action en divorce pour abandon injurieux ; le mari répond par une demande reconventionnelle, alléguant que sa femme était enceinte au moment du mariage.

Depuis le 14 mars 189..., date de la célébration, monsieur X..., avait fait suivre l'épouse qu'il soupçonnait ; il avait acquis la preuve qu'elle avait été consulter de nombreux spécialistes des deux sexes et finalement qu'elle avait séjourné chez une sage-femme où après avoir fait une fausse couche, elle avait subi une opération pratiquée par trois médecins ; ce dernier fait fut attesté plus tard par une demande d'honoraires de 800 francs par les dits médecins.

De plus, monsieur X... fit une enquête au bureau de l'état civil de l'arrondissement habité par sa femme ; il découvrit sur le registre des déclarations des produits embryonnaires, l'acte suivant contresigné par M. le Dr Y... médecin de l'état civil.

« L'an..., le 16 mai, il appert du certificat du médecin de l'état civil qu'un enfant sans vie, DU SEXE MASCULIN, est sorti du sein de sa mère après trois mois de gestation.

« Fils de X... (ici le nom du mari) et de dame X... (ici le nom de la femme. »

Comme le mariage avait été conclu le 14 mars et que la naissance était du 16 mai, le mari concluait avec quelque apparence de raison qu'un fœtus âgé de trois mois et dont *le sexe avait été déterminé*, ne pouvait provenir de ses œuvres.

C'est donc sur ce fait qu'il basait sa demande reconventionnelle.

Mais madame X... ayant probablement prévu le fait, produisait au procès un extrait rectifié dans lequel l'embryon était déclaré âgé de deux mois et de sexe « non apparent ».

En effet, cette dame, une fois rétablie, était allée à la mairie et avait obtenu d'un employé une rectification contredisant l'assertion. inscrite par le médecin de l'état civil. Son plan consistait donc, en établissant que l'embryon n'avait que deux mois, à en attribuer la paternité à son mari.

La question qui m'était posée par le défenseur de M. X..., était ainsi formulée :

Le mariage de M. X... ayant été célébré le 14 mars 1896, Mme X...

ayant expulsé un fœtus le 14 mai 1896, et ayant subi le 20 mai 1896, une opération chirurgicale, n'a-t-elle pas, malgré les rectifications qu'elle a fait faire à l'acte de décès du 16 mai 1896, réellement mis au monde, dans des conditions spéciales et tout au moins clandestines, un enfant du sexe masculin âgé de plus de trois mois avant la célébration de son mariage avec M. X... ?

Voici la consultation que je rédigeai en réponse à cette question.

CONSULTATION

Je soussigné, etc., prié par M. X... de répondre à diverses questions relatives à la naissance et à l'âge d'un fœtus qui a été déclaré à la mairie d'un arrondissement de Paris, ai rédigé sur les dites questions la consultation suivante :

L'extrait du registre de la mairie de l'arrondissement concernant ce fœtus est ainsi conçu :

« L'an 189..., le 16 mai, il appert du certificat du médecin de l'état civil qu'un enfant sans vie du *sexe masculin* est sorti du sein de sa mère avant-hier matin à cinq heures au domicile de celle-ci, *après trois mois de gestation.*

« Fils de X..., âgé de... ans et de dame X..., son épouse, âgée de... ans ».

Les mots soulignés ont été barrés sur le registre et remplacés par les mots suivants :

« Sexe non apparent » ;

« Deux mois environ ».

Cet extrait des registres de la mairie ne me paraissant pas suffisamment explicite, puisque la première mention qui désignait le sexe et l'âge du fœtus, avait été modifiée, je me suis rendu à cette mairie pour avoir quelques explications me permettant d'établir l'âge réel du fœtus, né le 16 mai 189...

Je fus reçu à la mairie par le chef du bureau des décès, M. Z..., qui voulut bien placer sous mes yeux le registre affecté aux déclarations des fœtus et embryons (conformément à la circulaire préfectorale du 26 janvier 1882).

Je constatai sur ce registre l'inscription relatée plus haut avec les ratures modifiant l'âge et le sexe du fœtus. Je pris également connaissance d'une feuille de statistique, épinglée au dit registre, et portant également la mention qu'un fœtus âgé de trois mois et de *sexe masculin* avait été déclaré.

Cette feuille de statistique ne portait ni rature, ni surcharge.

Comme il était extrêmement important pour M. X... d'établir l'âge du fœtus et qu'il m'était impossible de lui fournir des données scientifiques sans être éclairé sur ce point, je priai M. l'Employé de l'état civil de me fournir quelques explications relatives à la modification apportée au registre d'inscription des fœtus.

Voici ce qui m'a été dit par l'employé :

« Le 16 mai 189..., sur la déclaration de M. le docteur X..., méde-

cin de l'état civil, j'ai inscrit sur le registre la naissance d'un fœtus d'environ trois mois, du sexe masculin. Le bulletin de statistique municipale a été dressé en conséquence. Quelques semaines plus tard, une dame est venue dans les bureaux dire que c'était par erreur que le médecin avait déclaré que le fœtus avait trois mois et qu'elle tenait essentiellement à ce que cette inscription fût modifiée. J'ai cédé à son désir, ne croyant pas devoir lui refuser cette satisfaction. Cette dame paraissait tenir énormément à cette rectification ; elle en faisait une question de sentiment.

« J'ai donc modifié le registre et ajouté en marge la mention qui y figure actuellement.

« Je n'attachais pas beaucoup d'importance à cette modification parce qu'il s'agissait non pas d'un acte d'état civil, mais d'un simple enregistrement de fœtus mort-né. »

Il résulte donc des explications de l'employé de l'état civil, aussi bien que de l'examen du registre, qu'un fœtus âgé *d'environ trois mois* et de *sexe masculin*, a été inscrit à la mairie après examen du médecin chargé de la constatation des naissances.

En admettant même que l'âge du dit fœtus ne soit pas très exactement déterminé, il est certain que M. le docteur Y..., médecin de l'état civil, a constaté qu'il appartenait au *sexe masculin*.

Or, cette constatation du sexe, qui ne prête à aucune ambiguïté, me permet de déterminer l'âge du fœtus ou tout au moins d'établir *qu'il était âgé de plus de trois mois*.

Je me suis moi-même occupé de la question de la détermination de l'âge pendant la vie intra-utérine et ai étudié dans un *Traité de médecine légale*, dont je suis l'auteur, le développement du fœtus en le suivant mois par mois et même jour par jour.

De deux à trois mois, il n'y a aucune apparence de sexe ; l'anus qui est marqué par un point noir, indique seul l'emplacement des organes génitaux.

Il n'existe que des rudiments du nez et des lèvres, la tête forme à peu près le tiers du corps et le cou n'est indiqué que par un sillon; la peau n'est qu'un enduit gluant. La poitrine n'est pas encore formée.

Ce n'est que de trois à quatre mois que le corps du fœtus se dessine, la peau prend de la consistance, la poitrine se forme, les yeux, les narines et la bouche se forment ; vers la fin du quatrième mois les organes génitaux se dessinent nettement. Ce n'est qu'à la fin du troisième mois qu'on peut reconnaître le sexe, et encore l'erreur est-elle possible parce que le clitoris très volumineux chez l'embryon peût se confondre avec le penis.

Enfin, de l'avis de tous les médecins légistes, l'embryon ne prend le nom de fœtus qu'à la fin du quatrième mois.

Mais je ne me bornerai pas à citer mes propres travaux et je dois appuyer mon opinion de celle de tous les auteurs qui ont étudié la question et dont le nom fait autorité.

Le professeur Hoffmann, de Vienne, dont l'ouvrage a été traduit

et annoté sous les auspices de M. le professeur Brouardel, s'exprime ainsi (page 145) :

« A la fin du deuxième mois l'œuf a la grosseur d'un œuf de poule, l'embryon est long de deux à cinq centimètres.

« Au commencement du *troisième mois*, l'œuf a la grosseur d'un œuf d'oie, l'embryon qu'il contient a de 7 à 9 centimètres de long.

« *Ce n'est qu'au quatrième mois que le sexe est nettement dessiné.* »

M. le docteur *Vibert*, médecin expert au Tribunal de la Seine s'exprime ainsi (p. 393) :

« A la fin du deuxième mois l'embryon a une longueur de 5 centimètres, *il n'y a aucune apparence de sexe.* »

Le *Traité de médecine légale* de Briand et Chaudé, ouvrage classique, contient sur le développement du fœtus les lignes suivantes (page 243) :

« De deux mois à deux mois et demi l'embryon a le volume d'un œuf de poule et pèse de 30 à 40 grammes.

« A la *fin du troisième mois*, on aperçoit les organes génitaux, mais il n'existe pas entre les organes génitaux de démarcation bien distincte permettant d'établir nettement le sexe ».

Enfin, M. le docteur Lacassagne, professeur de médecine légale de la Faculté de Lyon, dit nettement dans son *Traité de médecine judiciaire* (page 516) :

« Ce n'est qu'à partir du 90e ou 120e jour de la vie intra-utérine que le sexe peut être reconnu. »

Ainsi tous les auteurs sont unanimes à déclarer que jusqu'à trois mois, il n'existe chez le fœtus aucun signe pouvant permettre d'en reconnaître le sexe.

A la fin du deuxième mois, l'embryon a la grosseur d'un œuf de poule ; il présente de trois à cinq centimètres de longueur et il est absolument impossible d'en déterminer le sexe ; il n'y a à cet égard aucune discussion possible.

Or, il est démontré que M. le docteur X..., médecin de l'état civil, a constaté, chez Mme X..., un fœtus dont le sexe était *nettement déterminé*, et c'est sur sa déclaration formelle qu'on a inscrit sur le registre spécial un fœtus de *sexe masculin* âgé d'environ trois mois.

Je ne puis donc que confirmer cette déclaration et la compléter en disant :

Pour que M. le médecin de l'état civil ait pu déterminer le sexe du fœtus déclaré à la mairie le 16 mai 189..., ce fœtus avait séjourné dans l'utérus pendant un temps que l'on peut évaluer de 90 à 120 jours, puisque ce n'est qu'à la fin du quatrième mois de la vie intra-utérine qu'on peut sûrement reconnaître le sexe et jamais avant le troisième mois.

Il a donc été conçu avant le 14 mars 189..., date du mariage de M. X...

A. LUTAUD.

LE SECRET PROFESSIONNEL MEDICAL ET LE MARIAGE

Un honorable magistrat, M. A. Le Grin, président du tribunal d'Avranches, a publié, sur cette question si délicate, une remarquable étude dans le *Journal de Rouen* du 13 mars dernier, paraphrasant, fort éloquemment d'ailleurs, le mot du docteur Richon, dans les *Remplaçantes* :

« Le malheur, c'est qu'on n'ait pas eu aussi grand souci de la race humaine que de la race chevaline... » (Acte II, Sc. IX) (1).

M. le Président Le Grin, dit la *Gazette médicale de Paris*, nous représente la situation du médecin tenu au secret professionnel absolu en cas de mariage, association à laquelle il faut au moins apporter autant de garanties qu'à une association commerciale.

« Quelle bizarrerie ! dit-il. La loi protège les transactions commerciales ; je ne pourrai introduire sur le marché un animal malade ; si mon cheval devient morveux, vite, il faut que l'on fasse la déclaration au maire de la commune, et, immédiatement visite du vétérinaire, désinfection de l'écurie, abatage de l'animal, arrêtés préfectoraux, etc., etc., voilà tous les rouages administratifs mis en mouvement ; qu'un bœuf ou une vache soit atteinte de fièvre aphteuse, tout le pays est mis en quarantaine, un cordon sanitaire est formé s'il s'agit d'animaux. Allez donc livrer à la reproduction un étalon non approuvé, et vous verrez ce qu'il vous en coûtera ! Grâce au secret professionnel médical, j'introduirai dans une famille la tuberculose, la folie, l'epilepsie, etc., toutes les maladies, avec leur cortège de hontes, de remords et de douleurs. Que le législateur reporte un peu de sollicitude sur l'espèce humaine, et si la viande tuberculeuse est bannie de l'alimentation, qu'il soit permis à l'homme, au père de famille, de se préserver de l'avarie et d'en préserver ceux qui lui sont chers. »

« Que le médecin n'aille pas, de propos délibéré, révéler l'état d'un de ses malades ; qu'à un faire-part de mariage, il n'aille pas répondre que le futur est un syphilitique, un épileptique, un tuberculeux, soit, nous n'irons pas jusque-là, et cependant une indiscrétion ne serait-elle pas le devoir ? Reconnaissons cependant qu'il pourrait y avoir des abus ; mais, pourquoi, quand le médecin serait interrogé, ne révèlerait-il pas la vérité sous le sceau du secret le plus absolu ? Quel est l'homme de bonne foi qui ne lui donnerait raison ? Les jeunes gens ne prendraient-ils pas plus de précautions s'ils savaient que, le jour où ils voudraient se marier, leurs accidents pourraient être connus ? »

La loi, telle qu'elle est, est mauvaise. Voici le palliatif que propose l'honorable magistrat.

L'article 378 du Code pénal est modifié ainsi qu'il suit :

(1) Le Dr Caffe disait déjà en 1863, à propos du jury médico-conjugal : « N'a-t-on pas le droit d'exiger pour la race humaine les précautions prises pour la conservation des races animales ou végétales qui lui sont soumises ? »

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé des secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent à cinq cents francs.

« Néanmoins, en cas de projet de mariage, les médecins pourront, sur la demande formelle, soit des futurs, soit des personnes dont le consentement est nécessaire, être relevés du secret professionnel et faire connaître l'état de santé des futurs.

« Ceux à qui ces révélations auront été faites seront tenus au secret le plus absolu et, en cas de divulgation de ce secret, seront punis des peines portées au présent article.

« Les renseignements ne seront demandés et fournis que verbalement. »

Le texte projeté laisse à la discrétion du médecin le droit de savoir s'il doit déférer au désir qui lui sera exprimé ; mais il n'y est pas contraint. Evidemment, la législation actuelle sur le secret professionnel est parfois odieuse. On a cité fréquemment à ce propos le cas du médecin de Bastien-Lepage qui fut bel et bien condamné pour être intervenu en honnête homme et avoir réduit au néant une légende préjudiciable à la mémoire du peintre. On en pourrait citer bien d'autres. Il y a, incontestablement, quelque chose à faire. Mais, si l'on doit essayer d'enlever au secret professionnel du médecin une rigueur qui risquerait d'être inhumaine, il n'y faut toucher qu'avec beaucoup de prudence et se rappeler que la peur d'un mal fait quelquefois tomber dans un pire.

Il y a d'ailleurs longtemps que législateurs et médecins se sont occupés de la question (1). M. le Dr Baudouin, dans la *Gazette médicale de Paris*, 1900, p. 157, a signalé que, sous Louis-Philippe, le général comte du Chaffault, député de la Vendée, présenta un projet de loi défendant le mariage entre poitrinaires, scrofuleux, syphilitiques et certains infirmes. D'autre part, il y a quelque quarante ans, *la conduite à suivre par les médecins consultés sur la santé d'un client à l'occasion d'un mariage*, question mise à l'ordre du jour par la Société médicale du IXe arrondissement, a fait couler des flots d'encre à la suite du rapport lu à la séance du 10 juillet 1862 et communiqué aux autres sociétés médicales de

(1) Molière l'a spirituellement mise en scène dans *Monsieur de Pourceaugnac*. Au deuxième acte (Sc 3), l'un des deux médecins fait cette déclaration surprenante : Je vous déclare que je prétends qu'il ne se marie qu'au préalable il n'ait satisfait à la médecine et subi les remèdes que je lui ai donnés. — Oronte : Il a quelque mal ? — Le médecin : Oui.— S'il vous plait, et quel mal?— Ne vous mettez pas en peine.— Est-ce quelque mal?... Les médecins sont obligés au secret. Il suffit que je vous ordonne, à vous et à votre fille, de ne point célébrer ses noces avec lui, sous peine d'encourir la disgrâce de la Faculté et d'être accablés de toutes les maladies qu'il nous plaira. »

Paris. Celles des IIe, IIIe et Xe arrondissements, votèrent une proposition de M. Gaide, ainsi conçue :

« Il n'est pas de règle absolue qui dicte la conduite du médecin consulté sur la santé d'un de ses clients à l'occasion d'un mariage, et si, le plus souvent, il doit se taire et garder le secret commandé par l'article 378 du Code pénal, il est aussi des circonstances dans lesquelles sa conscience parlant plus haut que la loi, c'est d'elle seule qu'il doit s'inspirer. »

Cette proposition souleva de violentes polémiques dans la Presse médicale ; puis, tout ce bruit s'éteignit peu à peu, comme toutes les questions portées devant les Académies et qui n'aboutissent pas. Nous retiendrons pourtant une solution originale que M. le Dr Caffe, frappé du grand intérêt social de cette question, bien que champion du secret absolu, préconisait pour prévenir les mauvais mariages.

Il proposait que chaque mariage fût précédé d'une consultation d'où seraient exclus les médecins de la famille, et où ne seraient appelés que des médecins jouant le rôle d'experts. On entrerait dans le mariage comme on entre dans une compagnie d'assurances sur la vie, comme on entre dans l'armée après examen préalable de son individu. Cette solution trouva d'assez nombreux contradicteurs, bien que ce fût, d'après le Dr A. Latour, celle adoptée et depuis longtemps mise en pratique par le médecin de France et de Navarre le plus souvent consulté dans ces cas de mariage, par M. le Dr Ricord (1). N'est-ce pas une idée semblable qu'a formulée M. le Dr Cazalis, précédé dans cette voie par les Américains et le Pr Hegar, en tête des conclusions de son bel ouvrage *Science et Mariage*, paru en 1900 ?

« Obligation pour tous de se présenter avant le mariage à un examen médical, que ce soit la loi ou la coutume nouvelle, que ce soient des mœurs nouvelles qui l'exigent, comme on se présente à cet examen avant d'entrer dans l'armée ou de s'assurer sur la vie. »

Les arguments étant épuisés, on en était venu aux anecdotes : l'assassinat du Pr Delpech par un jeune homme, qui se vengea de ce que le célèbre médecin de Montpellier avait empêché son mariage, en révélant à son futur beau-père, précisément un de ses meilleurs amis, que le fiancé était monorchide.

L'*Abeille Médicale* en fournit une où figure le grand nom de Dupuytren. Ce souvenir remonte à 1830, mais n'en est pas moins intéressant au point de vue déontologique, car il s'agit du secret professionnel entre confrères.

(1) Le Dr Diday, soutenait aussi dans la *Gazette Médicale de Lyon*, que le médecin, gardien et tuteur compétent de la santé des familles, avait le devoir de divulguer les vices acquis, les maladies héréditaires et contagieuses des futurs conjoints.

Un jeune médecin qui avait appris que sa future avait subi une opération par le grand chirurgien, lui fit demander si la jeune fille n'était pas atteinte d'une diathèse incurable.

Dupuytren lui répondit qu'elle ne guérirait jamais — et, en effet, la malade mourut 15 mois après de « phtisie tuberculeuse » — et ajouta sentencieusement :

« Si, dans cette circonstance, j'ai mis sous mes pieds l'article du code pénal et le serment d'Hippocrate, c'est que j'ai eu présent à mon esprit ce divin précepte : « Aime ton prochain comme toi-même, et ne fais jamais à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'il te fût fait. »

En prenant pour modèle l'illustre maître, on ne risquera jamais de forfaire à l'honneur de la profession... ; mais on risquera de se faire fusiller comme Delpech.

THERAPEUTIQUE

LE SERUM DE TRUNECEK

Le sérum de Trunecek est un agent médicamenteux dont la fortune demeure longtemps incertaine. Tandis que quelques médecins lui accordent une réelle valeur thérapeutique, d'autres lui refusent toute action spécifique sur l'organisme humain, et lui concèdent tout au plus un rôle tonique analogue à celui que possède le sérum de Chéron. Trois ans se sont écoulés depuis que Trunecek a publié son premier travail sur l'influence médicatrice de la formule qu'il a créée. Il n'est pas sans intérêt d'examiner l'état actuel de cette question, et de tenter d'en dégager ce qui peut être considéré comme acquis au domaine de la clinique.

Le sérum de Trunecek est un liquide transparent, alcalin, de saveur salée, contenant 6,12 de sels pour 100 de véhicule, et dont le poids spécifique est de 1,04. Sa formule est la suivante :

Sulfate de potasse	0,40
Chlorure de sodium	4,92
Phosphate de soude	0,15
Carbonate de soude	0,20
Sulfate de potasse	0,40
Eau distillée q. s. pour 100 grammes.	

Cette formule reproduit, à un degré de concentration dix fois supérieur, la teneur du sérum sanguin en sels minéraux. Il faut noter toutefois la suppression des phosphates de chaux et de magnésie dont le sérum sanguin contient 0,73 pour 100, et que Trunecek a supprimés, et l'addition du sulfate de potasse qui n'existe que dans le caillot de sang humain, et que seul le sérum de bœuf contient à la dose fixée par Trunecek ; nous signalerons ultérieurement la raison théorique de ces modifications. On voit,

en tout cas, que ce *sérum inorganique* n'est pas un sérum, en réalité, puisqu'il est totalement dépourvu de matières albuminoïdes ; c'est une solution saline concentrée, et rien de plus.

Pour être stérilisé, le sérum de Trunecek doit être distillé et ensuite filtré sur bougie de porcelaine. L'emploi de l'autoclave provoque la formation de pellicules amorphes dont l'injection est douloureuse et détermine des indurations sous-cutanées. Ces pellicules proviennent de la réaction des sels de soude sur les parois du vase qui contient le sérum, réaction que l'on peut d'ailleurs éviter en remplaçant le phosphate de soude par le glycérophosphate. Le sérum se conserve très bien en grande quantité, si l'on a soin d'y ajouter une substance faiblement antiseptique, comme la résorcine, par exemple, à la dose d'un gramme par litre.

Comment Trunecek a-t-il été amené à formuler son sérum ? Quelles sont les idées théoriques qui ont présidé à sa découverte ?

Pour Trunecek, l'artériosclérose est causée par une précipitation de phosphate de chaux dans l'épaisseur des parois artérielles. Ce phosphate de chaux est maintenu en dissolution dans le sang grâce à la présence du chlorure de sodium et des phosphates alcalins. Les sujets âgés sont plus pauvres que les jeunes en chlorure de sodium, et d'autre part leur sang n'est pas assez alcalin, comme le révèle l'acidité exagérée de leurs urines. Il faut donc, pour lutter contre l'artériosclérose, restituer au sérum sanguin le chlorure qui lui manque et les phosphates qui lui communiquent leur alcalinité. Cette addition saline maintiendra en dissolution dans le sang le phosphate de chaux qui tend à se précipiter. D'un autre côté, Trunecek évite soigneusement l'apport de phosphate calcique, et supprime ce sel dans son sérum, en le remplaçant par le sulfate de potasse.

Il n'est vraiment pas besoin de faire ressortir tout ce que cette théorie a d'hypothétique ; c'est une série de déductions qui sont trop chimiques pour être biologiquement vraies. Qu'est-ce qui prouve que le phosphate de chaux est maintenu en dissolution par le chlorure de sodium et le phosphate alcalin ? Où est la preuve que la précipitation du phosphate est le résultat de la diminution des chlorures ? Et cette hypochlorurie elle-même, où en est la preuve ? Mais la supposition la plus hasardeuse n'est-elle pas celle qu'émet Trunecek au sujet de la nature même de l'artériosclérose ? Il est impossible de réduire cet état pathologique si complexe à une définition si brève : précipitation de phosphate calcique dans les parois artérielles. Trunecek a traité des anévrysmes avec son sérum. Ces anévrysmes sont-ils fonction de l'artériosclérose ou de l'athérome ? Les rapports pathogéniques qui existent entre ces deux affections si distinctes par leurs symptômes, et aussi par l'âge des sujets chez lesquels elles évoluent, ces rapports sont trop mal connus pour pouvoir être condensés et confondus dans une définition aussi élémentaire. Les intoxications, le surmenage phy-

sique et moral, que l'on trouve souvent à la source de l'artério-sclérose, conduisent sûrement à des troubles plus complexes qu'un simple appauvrissement en chlorure. Ces réserves faites sur la théorie de Trunecek, passons à l'application du sérum.

Trunecek emploie son sérum d'abord à la dose d'un centimètre cube, et il renouvelle l'injection tous les quatre ou sept jours, en augmentant un peu la dose chaque fois, jusqu'à 5 et 7 cc. On peut d'ailleurs, en cas de besoin, rapprocher les séances sans inconvénient.

En général, l'injection est faite par la plupart des médecins dans une région riche en tissu cellulo-adipeux, comme la fesse et la cuisse ; la dose injectée dépasse rarement 4 cc. Si les accidents de suppuration sont très rares, cependant les injections sont douloureuses, en général, et quoi qu'en ait dit Trunecek, elles laissent souvent derrière elles des indurations désagréables qui s'effacent lentement, et cela malgré que les piqûres aient été faites avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires.

Pour éviter cet inconvénient, le docteur Lévi a préconisé l'emploi du sérum en lavements, ou en poudre à prendre en cachets. Nous croyons qu'il faut écarter résolument ces deux modes d'administration dans l'étude des résultats obtenus, et nous en tenir exclusivement à la méthode de l'initiateur. L'absorption buccale ou rectale des médicaments en modifie tellement l'action qu'il ne peut plus être question de sérothérapie. La prise directe du sérum par le sang dans les espaces conjonctifs constitue seule une méthode nouvelle et intéressante, et dont les résultats ne peuvent pas être faussés par d'inévitables réactions chimiques. L'idéal serait même l'injection intraveineuse, s'il n'y avait lieu de redouter l'action toxique des solutions salines concentrées sur les hématies, et les modifications brusques imposées à la tension artérielle.

Voyons maintenant les résultats obtenus avec ce sérum dans le traitement de l'artériosclérose. Trunecek nous fournit quatre observations, dont deux surtout, et malheureusement ce sont les plus courtes, paraissent concluantes. Les deux autres faits empruntent une réelle obscurité à l'existence d'un anévrysme de la sous-clavière qui est la lésion dominante chez le premier sujet, et à une arthrite suppurée mal définie chez le second.. Nous devons retenir l'amélioration notable de deux artérioscléreux, l'un de 74 ans et l'autre de 33 ans.

Dans ses deux derniers articles sur ce sujet (1), M. le docteur Lévi rapporte de nombreuses observations que nous avons pu lire *in extenso*, et nous avons trouvé les premières résumées dans la thèse du docteur Audonnet. Ce qui frappe tout d'abord à la lecture de ces faits, c'est leur extrême dissemblance. A côté d'observations nettes présentant le tableau classique et les signes ordinaires de l'artériosclérose, nous trouvons des malades nerveuses

1) *Presse médicale* 1902. pp. 51. 63. 560. 579.

pures (*Presse Médicale* 1902, p. 52, col. 2, p. 581, col. 1, etc.), des neurasthéniques, puis des hémiplégiques, des monoplégiques, des paralysies pseudo-bulbaires, etc.., malades chez lesquels souvent l'artériosclérose ne ressort pas évidente à première lecture, et pour lesquels il faut faire intervenir non pas une sclérose diffuse, mais, comme le dit le docteur Lévi lui-même, des lésions localisées, dont la preuve n'est pas faite.

Plus complètes et plus claires sont les observations du docteur Barbet (2), dans lesquelles se révèle presque partout l'artériosclérose bien marquée. Ces douze observations se divisent en deux groupes ; six fois le résultat a été nul, et six fois une amélioration très nette s'est produite. Si l'on examine avec soin les détails, on constate bien vite que l'amélioration s'est manifestée toujours de la même manière : disparition des vertiges, de la céphalée, des bourdonnements d'oreille, ralentissement du pouls, diminution de l'hypertension.

C'est là aussi ce que nous révèle la lecture des observations du docteur Audonnet (1), et le résumé de chaque observation comporterait à la fin la mention suivante : diminution de la tension artérielle (XIII et LII), diminution des vertiges et de l'oppression (LIII, LXIII).

Mentionnons enfin : 1° Gordon (2) ; douze observations, huit améliorations dont quatre *légères*, deux résultats *contraires* ce qui signifie sans doute aggravation, et une guérison en huit jours d'un hémiplégique tellement belle qu'il est permis de se demander s'il n'y a pas eu une erreur d'interprétation ; 2° Pagliano (3) ; neuf observations, quatre bons résultats, quatre tentatives inutiles et une aggravation. Les effets favorables, chez ces deux auteurs, sont les mêmes que dans les faits précédents, diminution ou disparition des vertiges, bourdonnements, etc., disparition qui peut être persistante d'après le docteur Lévi ; mais l'artériosclérose demeure, les artères ne reprennent pas leur souplesse, le cœur garde ses troubles stéthoscopiques, etc.

Ici une remarque s'impose. Presque tous les sujets des observations signalées ci-dessus appartiennent à la classe populaire. Ce sont des travailleurs soignés à l'hôpital, un peu ou beaucoup alcooliques, surmenés, intoxiqués souvent par une alimentation vicieuse. Or, dans beaucoup de ces observations, on ne nous parle ni du traitement, ni du régime suivis en dehors du sérum de Trunecek ! Depuis combien de temps le patient est-il au repos absolu ? Quelle est son alimentation ? A-t-il observé le régime lacté ? Quelle est la diurèse ? A-t-on donné de l'iodure ? Voilà autant de questions qui restent sans réponse. Dans ces conditions,

(1) Th Lyon, 1902, n° 53.
(2) Th. Toulouse, 1903, n° 527
(3) *Philadelphia med. Journ.*, 21 mars 1903.
(4) *Marseille médical*, 1902.

pouvons-nous attribuer au sérum seul les résultats obtenus ? et pouvons-nous dire que ces observations sont complètes ?

Je signalerai seulement en passant les améliorations obtenues dans un petit nombre de cas de rhumatisme chronique, principalement par le docteur Florand (4), et j'arrive aux tentatives faites pour guérir les otites scléreuses et le labyrinthisme. Sous l'inspiration de son maître Sébileau, le docteur Sari (5) a recueilli et publié seize observations ; les patients ont été traités par des doses de sérum variant entre un et six centimètres cubes et répétées de 10 à 20 fois. Chez ces malades, l'effet du traitement est identique à celui qu'il donne chez les scléreux diffus, et l'on constate que les bourdonnements, les sifflements, les vertiges diminuent ou disparaissent, mais l'acuité auditive n'est augmentée que cinq fois, et trois fois les symptômes ont été aggravés. MM. Lévi et Bonnier ont trouvé, il est vrai, une augmentation de l'acuité auditive chez trente malades aussitôt après l'injection ; mais cet accroissement semble être passager. Que le sérum ait une action hypotensive favorable, nous l'accordons sans peine, mais que M. Sari écrive (p. 50) « il n'en reste pas moins acquis que le sérum de Trunecek exerce une heureuse influence sur l'évolution des affections scléreuses de l'oreille », c'est là ce que nous ne pourrons accepter que sur de nouvelles preuves cliniques et anatomiques.

Le sérum de Trunecek n'a pas été plus heureux contre le décollement de la rétine. Son inefficacité ayant été nettement constatée, les oculistes ont modifié sa composition dans l'espoir d'obtenir des effets plus satisfaisants, et nous avons maintenant le sérum de Valude, le sérum de Dor, etc.. c'est-à-dire que la méthode est devenue purement empirique, et qu'elle n'entre plus dans le cadre de cette étude.

En résumé, le sérum de Trunecek est sans action sur les lésions organiques de l'artériosclérose et de l'athérome. Il ne saurait pas davantage (comme l'a dit Trunecek sans en donner aucune preuve) « favoriser la formation du tissu épithélial normal », ou « aider à la régénération de l'endothélium vasculaire ». Mais c'est sûrement un agent hypotensif, un modificateur de la circulation sanguine ; on peut recourir utilement à lui, soit chez les neurasthéniques, soit chez les artérioscléreux, quand on veut lutter contre des symptômes très pénibles, troubles moteurs, vertiges, céphalées, bourdonnements, dyspepsie, algies, etc. Dans quelle mesure ces effets sont-ils liés à la formule même du sérum de Trunecek ? Serait-il, oui ou non, possible d'obtenir des effets analogues avec d'autres sérums tels que celui de Chéron ou d'Hayem ? C'est là ce que nous ne saurions dire, et ce qu'il serait intéressant de rechercher.

D[r] H. Chretien, *in Poitou Médical*, janvier 1904.

1) Th. Alayrac, Paris 1903. n° 130.
(2) Th. Paris. 1903. n° 509.

TECHNIQUE DU LAVAGE INTESTINAL OU ENTEROCLYSE

H. GILLET.

Jusqu'ici, l'intestin grêle semblait gardé par la valvule de Bauhin contre toute tentative de lavage, et par conséquent contre tout essai d'irrigation.

Aujourd'hui, la *barrière des apothicaires* doit ne plus être considérée comme infranchissable, dans certaines conditions.

Deux conditions principales sont à observer pour obtenir un résultat favorable : l'une tient à la position à faire prendre au malade, l'autre à la manière de faire pénétrer le liquide d'irrigation.

Que ce soit un enfant ou un adulte, on place le malade dans la même position : décubitus latéral droit, cuisse fléchie.

MANUEL OPÉRATOIRE. — On introduit dans le rectum une *longue sonde* en caoutchouc ; pour l'adulte, un tube de Faucher, une sonde de Debove à lavage de l'estomac ; pour le jeune enfant, une sonde filière Charrière), de 20 à 40 centimètres.

La sonde doit être poussée *jusque dans le côlon transverse*, où l'on peut la sentir sous la peau de la paroi abdominale antérieure.

La partie qui déborde l'anus est reliée à l'aide d'un long tube de caoutchouc à un récipient capable de contenir 8 *à* 10 *litres de liquide.* Un robinet sert à régler l'écoulement.

La solution est employée à 40° au maximum, et se compose d'eau bouillie, additionnée soit d'acide borique à 4 p. 100 (a donné des accidents chez l'enfant), soit de naphtol à 2 p. 1000 : d'eau sulfocarbonée, d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000, de tanin, etc., et mieux d'eau pure salée à 5 à 6 grammes par litre.

On peut employer l'*eau oxygénée.*

Eau oxygénée à 12 volumes.............	100 c. c.

Mêler au moment de s'en servir avec :

Chlorure de sodium...............	5 grammes.
Phosphate de soude...............	3 —
Bicarbonate de soude.............	50 centigr.
Eau bouillie......................	900 c. c.

Au préalable, un simple lavement évacuateur à l'eau pure, ou bien alterner les lavages à l'eau oxygénée avec l'eau pure salée ou autre.

Dans les stations hydrominérales, à Plombières, à Brides à Châtel-Guyon pour les principales on fait des lavages avec l'eau minérale, mais le plus souvent sans remonter au delà du côlon.

Un tampon d'ouate ou bien un obturateur en forme de disque de caoutchouc, appliqué contre l'anus tout autour de la sonde, est maintenu avec la main qui tient en même temps la sonde. Cette précaution prévient le reflux intempestif du liquide injecté.

Tout ainsi disposé, on ouvre le robinet et on élève le récipient de 20 à 30 centimètres, pas plus.

La méthode repose sur l'application d'une faible pression. Le liquide coule doucement, vient remplir le cæcum dont les gaz peuvent s'échapper. Une forte pression les comprimerait, et ce sont ces gaz comprimés qui forment la barrière infranchissable et non la valvule elle-même.

Vers le troisième litre, la valvule iléo-cæcale est franchie et l'injection pénètre dans l'intestin grêle. Quelques coliques annoncent cette entrée.

A ce moment, on consulte le niveau de l'eau dans le récipient ; s'il continue à s'abaisser régulièrement, on maintient la même situation. Dans le cas contraire, on élève légèrement le bock à 40 centimètres ou un peu plus.

Le remplissage des anses intestinales par le liquide se fait ainsi : la répartition amène la matité sur le côté droit et au-dessus de la vessie, puis sur les côtés du ventre. Au niveau de l'ombilic, persiste de la sonorité par suite du refoulement des gaz, qui viennent former une couche uniforme, sorte de *coussinet aérien péri-ombilical.*

Au bout du sixième litre, chez l'adulte, si l'on continuait, le liquide franchirait le pylore et envahirait l'estomac. Le vomissement en traduit la présence, indiquée déjà par le clapotage stomacal mais peu distinct, à cause de l'existence du clapotage général. La percussion de l'espace de Traube peut donner de la matité.

Le liquide arrivé dans l'estomac, on pourrait passer encore de 1 à 3 litres.

La sonde retirée de l'intestin, le liquide injecté ressort à flot.

En résumé, la méthode repose sur les conditions suivantes :

1° Emploi d'une grande quantité de liquide ;
2° Faible pression ;
3° Lenteur de l'écoulement ;
4° Position horizontale du sujet ;
5° Déclivité donnée au cæcum.

Effets. — Pendant le lavage, le malade manifeste quelques coliques. Si le liquide arrivé dans l'estomac s'accompagne d'une sensation de poids et d'un peu de dyspnée, il s'ensuit de la fatigue.

A la suite d'une séance d'entéroclyse, on voit les phénomènes d'intoxication gastro-intestinale rétrocéder.

Le nettoyage de la muqueuse intestinale la modifie.

Il y a aussi diurèse par suite de l'absorption d'eau.

Indications. — On ne doit pas hésiter à pratiquer l'entéroclyse dans le *choléra asiatique* ou *nostras*, les *entérites* diverses de l'adulte ou de l'enfant, les *ictères*, les *infections gastro-intestinales*, les *autointoxications*, l'*urémie*, l'*occlusion intestinale*, etc. — (*Formulaire des médications nouvelles* pour 1904, par H. Gillet. — J.-B. Baillière.)

PÉDIATRIE

ÉTIOLOGIE DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS. RESPONSABILITÉ DE L'ACCOUCHEUR,

par M. le Dr Pottier (1).

Depuis nombre d'années, les auteurs classiques enseignent que la cause, le facteur de l'ophtalmie, c'est l'infection.

Il n'y a, disent-ils, d'ophtalmie purulente qu'après infection de la conjonctive, soit :

1° Par les liquides septiques du vagin, soit :

2° Par les germes apportés le plus souvent par les mains ou les objets de l'accoucheur.

Cette théorie étiologique est nette, précise, mais elle offre suivant nous, l'inconvénient d'être incomplète, trop exclusive, de ne pas expliquer logiquement nombre de faits cliniques et d'avoir eu pour conséquence de faire peser sur les accoucheurs, sages-femmes ou médecins, des responsabilités injustifiées dans la majorité des cas.

Le docteur Morak, dont les travaux de bactériologie et d'oculistique font autorité, dans un travail publié dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* parues au mois d'août 1903, s'appuyant sur les travaux de divers auteurs, après de nombreuses recherches personnelles, termine par ces conclusions que nous citons textuellement :

« Sous le nom d'ophtalmie du nouveau-né, on a groupé une série d'infections conjonctivales dont l'étiologie est très nettement connue et déterminée pour les unes, tandis que, pour les autres, elle est encore sujette à discussion. L'infection par le gonocoque est la cause de la moitié des cas d'ophtalmie survenant dans les huit premiers jours après la naissance.

« Parmi les ophtalmies qui débutent pendant les huit premiers jours ou après ce délai, il en est un très petit nombre qui reconnaissent pour cause une infection déterminée par un bacille spécifique (bacille de Weeks, diplo-bacille ou par le pneumocoque ou par le streptocoque) ?

« Chez le plus grand nombre des malades, l'examen de la sécrétion conjonctivale ne révèle la présence d'aucun microbe, à laquelle puisse être rattachée l'infection.

« Pour un très petit nombre de ces faits, il semble que l'inflammation conjonctivale, comme le coryza, relève d'une infection syphilitique. Enfin pour le reste des cas, toute conclusion étiologique me paraît prématurée. »

Il n'en reste pas moins acquis que, dans la majorité des cas, la nature infectieuse de l'ophtalmie ne peut faire aucun doute pour personne.

Mais il reste encore à préciser les diverses conditions étiologiques qui en favorisent le développement.

Ces conditions sont, à notre avis, d'une importance au moins aussi grande que l'agent de l'infection.

Il est à regretter que les auteurs aient négligé jusqu'à ce jour

(1) Communication faite à la Société médicale de l'Elysée, février 1904.

la recherche de ces causes et se soient contentés, comme étiologie, de l'infection.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous désignons ces conditions sous les noms vagues de « terrain », de « prédispositions ».

D'après un certain nombre de faits cliniques, nous avons constaté plusieurs fois, comme dans les observations qui vont suivre, des antécédents oculaires chez les parents.

Nous sommes bien loin de croire que le problème soit aussi simple ; souvent d'ailleurs ces antécédents font défaut.

La connaissance des hérédités morbides exige des faits cliniques nombreux, des recherches biologiques et expérimentales qui n'ont pas encore donné de résultats précis. Nous ne pouvons mieux montrer combien l'infection est insuffisante pour expliquer l'étiologie de l'ophtalmie des nouveau-nés, que de signaler les faits cliniques que nous observons au dispensaire du 17ᵉ arrondissement.

Nous délivrons de nombreux certificats de grossesse. De l'examen et de l'interrogatoire des mères, il résulte que la plupart présentent des signes indiscutables d'infection profonde des organes génitaux.

Dans ce milieu social, les soins préventifs sont inconnus.

Ces indigentes, sauf dans quelques cas rares de dystocie, accouchent à leur domicile. Les accouchements ont lieu dans des conditions de soins et de propreté qui semblent un défi aux pratiques d'antisepsie habituelles.

D'ailleurs les suites pathologiques de couches, pelvipéritonites, salpingites, phlegmons du ligament large, phlegmatia, y sont assez fréquentes.

Mais si nous interrogeons les mères sur leurs enfants, nous sommes frappés de la disproportion entre le nombre plutôt rare des ophtalmies, et celui considérable des femmes infectées.

Par contre, en clientèle nous avons constaté et de nombreux confrères avec nous, des cas d'ophtalmie purulente malgré les précautions prises et tous les préventifs.

Nous vous exposons deux observations personnelles intéressantes à ce titre.

Observation I. — Antécédents héréditaires du Père.

Age 34 ans. Profession libérale.

A l'âge de 17 ans, au mois d'août de l'année 1886, blennorrhagie.

A cette époque, vivant dans la fréquentation quotidienne d'amis étudiants en médecine et mis au courant par ceux-ci de la complication oculaire possible, il s'imposa des précautions antiseptiques avec une rigueur qu'il est rare de rencontrer chez les blennorrhagiques. Il avait une frayeur extrême de l'ophtalmie. C'était sans doute un pressentiment, car trois semaines plus tard, l'ophtalmie se déclarait.

Le malade dut entrer comme pensionnaire à la clinique du Docteur Fano.

L'affection fut des plus graves, néanmoins il sortit guéri sans complications.

Le malade reste sous l'influence de l'infection blennorhagique ; il a ce qu'on appelle : la goutte militaire.

L'année suivante en 1887, il accuse des troubles de cystite.

En 1888, épididymite ;

En 1890, orchite simple ;

En 1891, rhumatisme vague du genou. Arthrite très douloureuse de l'articulation du pouce.

En juin 1894, première attaque d'iritis, soignée par le Dr Millée et diagnostiquée « Iritis rhumatismal ».

L'année suivante, juillet 1895, il contracta la syphilis.

Au mois d'août 1896, deuxième attaque d'iritis.

Un an après en 1897, hydarthrose du genou qui dure 6 mois.

La syphilis a été l'objet d'un traitement énergique et constant.

Les premières années, soigné par le Dr Mauriac, puis par le professeur Fournier, qui diagnostiqua « Syphilis rebelle ».

En effet le malade avait d'incessantes poussées de plaques muqueuses sur la langue et dans la gorge, des douleurs ostéocopes et de l'eczéma du cuir chevelu.

En 1901, à l'époque qui coïncide avec la procréation de son premier enfant, il présentait des manifestations syphilitiques et avait une troisième attaque d'iritis.

Antécédents de la mère. — Jeune femme de 22 ans, ne présente personnellement aucun antécédent pathologique.

Réglée à 14 ans, la menstruation a toujours été très régulière.

Parfois le début des règles seul était douloureux.

Jeune fille, elle accuse deux ou trois fois quelques flueurs blanches insignifiantes.

Depuis les rapports sexuels, la douleur des règles a disparu, elle n'a jamais eu ni douleurs, ni écoulements qui autorisent à penser à une infection des organes génitaux.

Le père, en raison de sa syphilis, voulant éviter une fécondation, faisait suivre les rapports sexuels d'une injection au sublimé de deux litres.

Ce qui n'empêcha pas le début d'une grossesse au mois d'août 1901.

Le père n'accepte pas notre diagnostic de grossesse et fait pratiquer plusieurs fois par jour les injections de sublimé.

Enfin il se rend à l'évidence et, sur nos conseils, la mère, à son insu, suit le traitement spécifique.

Nous examinons la mère tous les quinze jours ou trois semaines. Léger degré d'hydramnios. La grossesse suit un cours normal. Des injections bi-quotidiennes sont faites tantôt au sublimé, tantôt au borate de soude.

L'accouchement eut lieu le 7 mai 1902. Le travail dura quelques heures.

Tous les soins antiseptiques avaient été assurés ; aucune intervention manuelle ou instrumentale n'avaient été nécessaires. Suivant notre habitude, nous nettoyons immédiatement les yeux de l'enfant, pas de trace d'hérédo-syphilis. Il est fort, gros et bien constitué.

Le lendemain matin, légère inflammation des yeux de l'enfant. Nettoyage minutieux. Le deuxième jour au matin, l'œil droit est

atteint : rougeur, gonflement, purulence de la conjonctive supérieure.

Lavage au sublimé de l'œil, trois badigeonnages au nitrate d'argent (solution à 2 °/₀). Toutes les demi-heures, enlèvement du pus avec un tampon de ouate boriquée.

Le troisième jour même traitement :

La production rapide et considérable du pus, l'infiltration grisâtre des tarses nous font essayer la méthode de Kalt.

Jusqu'au septième jour : trois badigeonnages au nitrate d'argent, quatre lavages au permanganate faible, ou d'eau bouillie additionnée d'extrait thébaïque.

Dans l'intervalle enlèvement du pus toutes les demi-heures. Les deux yeux ont été infectés.

Le septième jour, amélioration de l'état inflammatoire, mais les deux cornées sont infiltrées.

Notre confrère, le docteur Millée, appelé en consultation, conseille de continuer le traitement et fait appliquer des collyres à la pilocarpine et à l'atropine.

Au bout de quinze jours, guérison complète sans complications. Suite de couches des plus normales, ni fièvre, ni douleurs, ni pertes. La mère a nourri son enfant. Retour des règles un mois après. Les mois suivants règles régulières. Au bout de cinq mois nouvelle grossesse.

Observation II. — Les soins préventifs sont les mêmes que pendant la première grossesse.

Grossesse normale.

Accouchement à terme le 9 septembre 1903.

Hydramnios considérable. Perte des eaux deux jours avant l'accouchement. Travail rapide, aucune intervention.

Enfant gros, pas d'hérédo-syphilis.

Immédiatement nettoyage des conjonctives au jus de citron et au sublimé.

Les jours suivants lavages des yeux avec une solution tiède boriquée. Jusqu'au septième jour les muqueuses des conjonctives sont intactes. Le septième jour l'œil gauche est atteint, puis les deux yeux.

Mais nous n'avons aucune inquiétude ; il s'agit de ce que les auteurs décrivent sous le nom de conjonctivite catarrhale.

Le docteur Millée, qui a suivi l'enfant avec nous, conseille quelques attouchements au nitrate d'argent et des lavages au cyanure de mercure. La guérison définitive n'a été obtenue que plus d'un mois après.

Un de mes confrères et amis, chef de clinique d'accouchements à la Faculté, nous a signalé le cas curieux suivant :

C'est un cas d'ophtalmie grave d'un nouveau-né survenant le troisième jour. Cet enfant était issu de parents mariés, tous deux vierges, n'ayant jamais eu d'infection des organes génitaux.

L'accouchement et les suites de couches ont été normales. Toutes les précautions antiseptiques avaient été assurées.

Si l'infection avait un rôle prépondérant, en raison des pratiques antiseptiques universellement adoptées, la proportion des ophtalmies devrait avoir sensiblement diminué. Or si nous consultons le rapport du professeur Pinard à l'Académie, le travail

déjà cité de Morak, la communication du docteur Stephenson à la Société obstétricale de Londres de l'année 1903, nous constatons que la situation ne s'est guère améliorée depuis vingt ans.

Récemment Netter démontrait que la proportion des cas de cécité était restée la même en France comme à l'étranger. L'appoint fourni par l'ophtalmie des nouveau-nés n'a donc pas varié.

Voici les conclusions à propos des deux observations citées par nous.

Il est regrettable que l'examen bactériologique te les essais de culture n'aient pu être faits.

Néanmoins, toute conditions étant égales d'ailleurs, les deux accouchements ont été suivis de deux cas d'ophtalmie dont la date de début, les symptômes, l'évolution, la gravité, ont été si différents qu'on ne peut guère admettre l'identité de nature.

Tous les soins préventifs antiseptiques ne nous semblent pas avoir eu d'influence sur le résultat.

Voici nos conclusions sur l'étiologie de l'ophtalmie : l'ophtalmie des nouveau-nés est une affection complexe dont les conditions étiologiques sont encore à préciser : il n'y a pas d'ophtalmie des nouveau-nés, mais des ophtalmies.

La théorie actuelle de l'infection est incomplète. Les soins préventifs sont inefficaces du fait que, suivant nous, l'infection n'est souvent pas vaginale, mais utérine.

A l'appui, nous rappelons le cas de cet enfant obtenu par opération césarienne, qui présenta au bout de un ou deux jours les signes de l'ophtalmie purulente (1).

Le cas du Dr Armaignac ; cas d'ophtalmie *in utero* qui avait entraîné une lésion cornéenne constatée à la naissance.

Les ophtalmies à début tardif sont 1° des affections atténuées, ou 2° dues au germe du milieu ambiant sans qu'on puisse incriminer les accoucheurs (2).

Ceux-ci peuvent, mais les cas sont bien rares en pratique, inoculer le gonocoque. D'après les expériences de Piringer, il faut admettre alors que le pus est porté directement.

Nous protestons donc contre l'opinion des familles qui, notamment à Paris, sur les accusations répétées de certains de nos confrères, imputent aux sages-femmes et aux médecins accoucheurs la responsabilité des cas d'ophtalmie.

Une sage-femme de la ville, agréée des hôpitaux, à la suite de plusieurs cas d'ophtalmie, fut, il y a quelques années, pour ce motif, renvoyée par son chef de service.

Les accoucheurs des hôpitaux, dans leur pratique hospitalière ou dans leur clientèle de ville, dégagent leur responsabilité sur leurs aides.

Les médecins, les sages-femmes n'ont souvent pas cette ressource.

Le seul résultat pratique, c'est d'inspirer la défiance, de

(1) Cas cité par Gullingworth à la Société obstétricale de Londres (1903).

(2) Les prédispositions et les hérédités morbides dominent à notre avis, la genèse des ophtalmies purulentes des nouveau-nés.

Les germes infectieux ne sont que des agents secondaires ; néanmoins lorsque ce germe est le gonocoque, l'expérience clinique démontre que, généralement l'ophtalmie est grave d'autant que le début est proche de la naissance de l'enfant.

causer un préjudice injustifié aux sages-femmes ou aux médecins, et, chose plus grave encore, de compromettre les yeux des enfants.

Les sages-femmes n'osent pas prononcer le mot d'ophtalmie purulente. Elles appliquent souvent des traitements dangereux ou insuffusants; lorsque l'oculiste ou le médecin compétent est consulté, la vision de l'enfant est sinon toujours perdue, du moins compromise.

M. DE SPÉVILLE est d'accord avec son confrère pour reconnaître qu'il n'y a pas une ophtalmie des nouveau-nés, mais des ophtalmies variables chaque fois au point de vue bactériologique. Il fait d'autre part des réserves sur le traitement institué par le Dr Pottier. La solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 employée trois fois par jour est douloureuse et dangereuse ; il préfère de beaucoup l'argyrol en solution à 25 p. 100 pour les badigeonnages.

Voici comment il institue d'une façon générale le traitement des ophtalmies : s'il y a simplement inflammation sans gonflement, lavages toutes les deux heures avec eau bouillie; cautérisations, les paupières retournées (manœuvres très délicates, faites par le médecin par conséquent), cautérisations faites deux fois par jour avec solution d'argyrol à 25 p. 100; instillations faites par la famille deux fois par jour avec solution d'argyrol à 5 p. 100. — Y a-t-il du gonflement? compresses glacées en permanence qui amènent une amélioration rapide. — Enfin, en cas de lésions cornéennes, collyre à l'atropine, à l'exclusion absolue du sublimé, des solutions thébaïques inefficaces sinon nocives.

M. LE PILEUR demande à M. Pottier si, dans le cas qu'il a rapporté, les enfants furent soignés par des domestiques ou des gardes. Sur la réponse que ce furent des gardes, M. Le Pileur fait remarquer que celles-ci sont des agents de transmission par définition de toutes les infections possibles.

M. POTTIER objecte que, dans le cas qu'il a relaté, l'infection fut très précoce et que les infections du début, du premier ou deuxième jour, sont d'origine maternelle tandis que les infections par les gardes sont plus tardives.

M. BERTHOD est de l'avis du Dr Pottier, quand celui-ci fait remarquer que trop souvent il y a une grande tendance dans la clientèle à rendre le médecin ou la garde responsable d'une infection qui a son point de départ dans l'organisme maternel. C'est un peu la faute des accoucheurs s'il en est ainsi.

Il demande au Dr Pottier s'il a déclaré, comme le recommande la loi, ce cas d'ophtalmie. Sur la réponse négative de celui-ci, il lui fait remarquer qu'il s'est mis en opposition avec la loi.

M. DE SPÉVILLE fait remarquer que la déclaration obligatoire de l'ophtalmie purulente est inutile, la contamination ne se faisant que par contact direct d'un œil à l'autre des éléments de

pus. Il vaudrait bien mieux réserver cette déclaration pour la conjonctivite granuleuse ou trachome, autrement contagieuse.

M. Guillon, à propos des solutions d'argyrol, signale l'emploi qu'il fait dans les affections des voies urinaires de solutions à vingt pour cent pour instillations qui offrent de nombreux avantages, entre autres au point de vue de l'indolence qui est presque absolue.

REVUE DES MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Traitement du cancer inopérable, par Alfred Cooper. — Parmi les différents modes préconisés dans le traitement du cancer inopérable, l'auteur émet les considérations suivantes sur le traitement du cancer du sein inopérable par l'ovariotomie :

Le traitement du cancer inopérable du sein par l'ovariotomie est une des questions les plus intéressantes qui aient été mises en avant durant ces dernières années. Nous devons beaucoup de nos connaissances sur ce sujet à Stanley Boyd, et j'ai puisé largement dans son article du *British Medical Journal* pour les remarques suivantes. La première opération de l'espèce fut pratiquée par le Dr G.-T. Beatson, de Glasgow, en 1896, et, bien que la patiente souffrit d'une vaste tumeur du sein récidivée et inopérable, huit mois après l'intervention opératoire, toute trace de l'affection avait disparu. Elle mourut cependant d'une récidive, environ quatre ans plus tard. Au dire de Boyd, le Dr Beatson fut amené à considérer que l'ovariotomie pourrait être utile dans le traitement du cancer inopérable du sein par le raisonnement suivant : Pendant la lactation, il se forme une multiplication rapide de l'épithélium mammaire ; les cellules, aussitôt formées, subissent la dégénérescence graisseuse, se rompent, tombent dans la lumière des acini glandulaires et se répandent dans le lait. Beatson rapporte que certains fermiers châtrent les vaches laitières pour les maintenir d'une façon permanente ou longtemps prolongée dans cet état physiologique qui engendre la sécrétion du lait. Dans le cancer également, l'épithélium mammaire se multiplie rapidement ; mais, au lieu de subir la dégénérescence graisseuse et d'être éliminé, ils distend les acini, pénètre dans les conduits lymphatiques du sein, et là, baignant dans un liquide nutritif, il continue à se multiplier et à se créer un chemin jusqu'aux glandes lymphatiques.

Si l'ovariotomie pratiquée sur la vache maintient la dégénérescence graisseuse de l'épithélium de la mamelle en lactation, Beatson pensa que cette opération pourrait provoquer la dégénérescence graisseuse de l'épithélium du sein cancéreux. Considérant que la menstruation est le résultat de l'activité ovarienne, Beatson fut porté à croire que la cessation de la lactation était due au rétablissement de l'influence des ovaires, influence qui avait été suspendue pendant la grossesse, et ainsi l'ablation des ovaires devait provoquer la continuation indéfinie de la lactation.

En outre, il lui paraissait possible que le cancer du sein pourtait bien être dû à certaine « irritarion ovarienne », ou à « un vice quelconque de la physiologie ovarienne », et que l'ablation des ovaires pourrait arrêter la prolifération des cellules cancéreuses ou déterminer une dégénérescence graisseuse des cellules comme dans la lactation. Vers la même époque où le Dr Beatson relata son premier cas, Pearce Gould montrait une femme qui, six mois auparavant, avait été vraiment moribonde, atteinte d'un cancer récidivé du sein, des glandes sous-claviculaires, du poumon droit et du fémur, et chez laquelle, sans aucun traitement, le cancer commença à disparaitre, la ménopause étant venue un an auparavant. Trois ans plus tard, elle était en bonne santé,

débarrassée de sa maladie. Boyd a réuni l'an passé 54 cas d'ovariotomie pour cancer; ces cas, qui n'étaient certes pas choisis, constituaient l'expérience totale de divers chirurgiens. Comme conclusion il considère qu'en moyenne, la vie était prolongée de six mois par l'opération. Parmi les 54 cas. 19, soit 35 p. c. retirèrent de l'opération un bénéfice plus ou moins remarquable, un seul mourut. Boyd pense que l'ovariotomie devrait être proposée dans tous les cas trop aigus de cancer inopérable du sein chez les femmes de plus de 40 ans, ne portant aucune lésion viscérale ou osseuse, et n'ayant point encore atteint la ménopause. Le cancer des autres parties du corps, même de l'utérus, n'est nullement influencé par l'ovariotomie.

Le traitement des ulcères variqueux; un nouveau pansement ambulatoire.

M. Maury décrit ainsi ce traitement dans sa thèse inaugurale de 1902.

De tous les pansements en usage, le plus pratique à tous les points de vue, facilité de pose, rapidité et solidité de la cicatrice, est constitué par l'emploi de la botte élastique.

Ce traitement consiste en deux points essentiels :

1° Après avoir aseptisé tout le membre malade, appliquer depuis les orteils jusqu'au genou, 35 mètres de gaze amidonnée, trempée dans un liquide gélatiné ;

2° Prescrire la marche d'une manière plus ou moins longue selon les cas.

Les principaux avantages de cette méthode sont de permettre au malade de continuer son travail, d'empêcher l'infection de l'ulcère, d'absorber les produits septiques, et d'en permettre leur diffusion au dehors, de supprimer les démangeaisons et le grattage, de produire une compression élastique et régulière, de donner enfin une cicatrice épaisse, souple et résistante.

Traitement de la gastro-entérite des nourrissons.

M. Méry a fait à la Société de pédiatrie une communication dans laquelle il fait remarquer que la diète hydrique ne suffit pas toujours à la guérison des gastro-entérites : la perte de poids subie par les enfants n'en permet pas un usage prolongé. Si le coupage du lait suffit parfois, d'autres fois il ramène la série des accidents. M. Méry se basant sur ce fait que les féculents sont un milieu de culture défavorable pour les bactéries qui décomposent les albuminoïdes, et que les ferments des hydrocarbures empêchent le développement des bactéries, essaie d'utiliser les féculents pour combattre les accidents de gastro-entérite.

Il a essayé la décoction de farine d'avoine, de riz dans l'eau bouillie, aromatisée avec du sirop de coings, mais il a dû y renoncer devant la répugnance des enfants. Il a fait préparer un bouillon de légumes, comme véhicule.

Pour 7 litres d'eau il met :
400 grammes de carottes,
300 grammes de pommes de terre,
100 grammes de navets,
80 grammes de haricots
35 grammes de sel

On fait bouillir pendant quatre heures, on se sert de bouillon frais auquel on ajoute une cuillerée à café de farine de riz pour 100 grammes de bouillon. Le riz est préférable à l'avoine en ce qu'il donne un liquide plus clair.

Un cas de mort due à une injection du sérum artificiel. — Achard et Paisseau ont fait l'autopsie d'une femme à laquelle, pour combattre une hémorragie interne à la suite d'une hystérectomie, on avait injecté sous la peau, en vingt-quatre heures, 10 litres de sérum artificiel, contenant :

Chlorure de sodium.....	5 gr.
Sulfate de soude.........	10 —
Eau......................	1000 —

La mort était due à l'œdème pulmonaire dont la malade avait présenté les symptômes et dont les auteurs ont constaté les lésions. Il y avait, en outre, des lésions rénales, consistant en un œdème considérable, localisé histologiquement dans les pyramides, et en des altérations dégénératives des tubuli.

Il n'est pas établi que ces lésions soient dues au chlorure de sodium, car ce sel était très dilué dans la solution injectée, qui était elle-même hypotonique et congelait à — 0°44. C'est même en raison de cette hypotonie que les muscles de la malade ont donné un taux moindre de chlorures que ceux d'un sujet mort de suffocation rapide, pris comme terme de comparaison.

Il ne semble pas, non plus, que ce soit la dose de sulfate de soude injectée qui puisse expliquer les lé-

sions. Il faut donc invoquer, surtout, d'après les auteurs, l'énorme quantité d'eau.

L'expérience montre, du reste, qu'en injectant comparativement dans les veines des lapins des solutions fortes ou faibles de sulfate de soude, on les tue avec peu de sulfate de soude et beaucoup d'eau, aussi bien qu'avec beaucoup de sulfate et peu d'eau.

Enfin, en injectant sous la peau d'un lapin plus d'un litre de la solution qui avait été employée pour la malade, les auteurs ont provoqué la mort en quelques heures, par suite de la dilatation du cœur. Ils ont constaté, en outre, quelques altérations de l'épithélium rénal en soumettant cet épithélium à l'action des liquides hypotoniques. (*Société médicale des hôpitaux,* décembre 1903).

Traitement de la syncope par l'excitation de la conjonctive, par le Dr F. Vialard (*Société de thérapeutique*, décembre 1903). — A la suite d'une remarque faite par M. Bonnet, chimiste à Troyes, et des expériences faites par M. Lumière, sur le traitement des syncopes par excitation de la conjonctive, je crois devoir présenter à la Société de Thérapeutique le fait suivant : Je fus appelé en janvier 1903 auprès d'une femme en syncope par hémorragie post-partum Mon premier soin fut évidemment de vider l'utérus du placenta non extrait, origine de l'hémorragie, puis d'agir contre la syncope. Disposé à employer tous les moyens usuels (injections de caféine, d'éther, d'ergotine, tractions rythmées de la langue et respiration artificielle), j'ouvris les yeux de l'accouchée pour voir l'état des pupilles, lorsque par mégarde une personne de l'entourage laissa tomber sur la conjonctive quelques gouttes de la solution d'ergotine d'Yvon qu'elle me présentait pour faire une piqûre. *Par voie réflexe, presque immédiatement, en même temps que le larmoiement apparaissait, les deux grandes fonctions (respiration et circulation) étaient rétablies.*

Je crois que ce fait n'est pas si nouveau et si étonnant. Voici pourquoi :

1° N'arrive-t-il pas de voir des personnes atteintes de syncope chloroformique revenir presque subitement à la vie lorsqu'on leur ouvre (ainsi qu'il arrive en pareils cas) assez rapidement, c'est-à-dire assez brutalement, les paupières pour vérifier l'état pupillaire, provoquant ainsi une véritable excitation de la conjonctive ?

2° Que penser du vieux traitement populaire des syncopes par les inhalations d'éther, d'ammoniaque et de vinaigre ? Les vapeurs n'agissent-elles pas autant sur la conjonctive que sur la muqueuse nasale, d'autant plus que dans les syncopes les paupières sont bien souvent complètement ouvertes ?

Nouveau traitement des vomissements de la grossesse. — On a préconisé une foule de médications contre les vomissements incoercibles de la grossesse. Le Dr Dumas recommande dans l'*Echo médical des Cévennes*, l'emploi de la ventouse mammaire contre cette redoutable affection.

Son idée est de dériver sur le sein l'orage qui, partant de l'utérus, éclate sur l'estomac. Le choix de cet organe semble indiqué par les sympathies nombreuses et intimes qui l'unissent aux organes génitaux. Il s'agissait d'accroître l'irrigation et l'innervation des seins par des moyens inoffensifs en respectant leur forme et leurs fonctions.

Pour cela, l'auteur applique sur les seins une ventouse composée d'un corps semi-sphéroïdal destiné à englober le sein et d'une poire aspiratrice pour faire le vide. Le contour inférieur de la ventouse, pour le mouler sur le thorax de la femme, ne doit pas avoir la forme d'une circonférence parfaite, mais la partie qui entoure la demi-circonférence externe du sein doit se prolonger en un arc de cercle dont la corde a 0 m. 02 environ, afin d'atteindre la paroi du thorax qui devient latérale en ce point ; sans ce prolongement, le vide serait difficilement obtenu. Le corps de la ventouse doit avoir une hauteur telle que, même pendant l'inspiration, le mamelon ne puisse atteindre le fond.

La ventouse appliquée sur le sein de manière à l'englober complètement, on commence l'aspiration, que l'on continue jusqu'au point où la poussée du sein devient douloureuse. La ventouse a été ainsi appliquée matin et soir et laissée en place 25 à 30 minutes sur chaque sein. L'amélioration se manifeste dès les premières applications.

La ventouse mammaire peut encore rendre des services dans la chlorose, la débilité à l'époque de la puberté.

, C'est un moyen non dangereux à essayer dans ces sortes de circonstances. où le système nerveux a une si large part.

Traitement de la coqueluche par les inhalations d'essence de térébenthine (Gripat). — L'association de la teinture de drosera aux inhalations d'essence de térébenthine a toujours donné de bons résultats à l'auteur. La teinture de drosera se donne à doses progressives, en commençant par un minimum de 2 gouttes par jour et par année d'âge de l'enfant et en augmentant graduellement. Exemple pour un enfant de 5 ans : 10 gouttes par jour, puis augmenter d'une ou deux gouttes par jour jusqu'à vingt environ, pour diminuer suivant le nombre des quintes. On prépare la dose journalière dans un verre d'eau que l'enfant boit en trois ou quatre fois entre les repas ou en mangeant. Les inhalations d'essence de térébenthine se font en plaçant sous le lit de l'enfant un récipient dont on augmente la surface d'évaporation en y mettant des linges de fil ou de laine imbibée d'essence ; on peut aussi badigeonner une planche avec l'essence ; on renouvelle l'opération le matin et surtout le soir.

Ces deux moyens associés paraissent atténuer beaucoup la maladie et en abrègent la durée.

FORMULAIRE

Traitement de la fissure anale des enfants.

(Marfan.)

Avant de recourir à une dilatation forcée de l'anus, il conseille les deux pommades suivantes que l'on porte sur le foyer de la maladie avec le petit doigt si la fissure est superficielle (vers le sphincter externe), avec une mèche rectale si elle est située plus haut :

Vaseline	30 gr.
Extrait de belladone	0 — 50
Extrait de ratanhia	2 gr.

Autre formule :

Vaseline	30 gr.
Tannin	1 — 50
Calomel	0 — 30

Le gaïacol dans les oreillons.

(Mario Ragazzi.)

Pour calmer les douleurs de la parotide, on prescrit la pommade suivante :

Gaïacol	1 gr.
Vaseline }	àâ 10 gr.
Lanoline }	

Onctions matin et soir sur les parties malades, feuille de guttapercha et pansement légèrement compressif. Chez huit enfants de deux à neuf ans, ce traitement a fait disparaître rapidement la douleur et a semblé favoriser la résolution de la parotide et la défervescence thermique.

Cette médication très simple ne comporte aucun inconvénient, ni local, ni général. La même action anesthésiante et résolutive a été remarquée dans le traitement de l'orchite ourlienne.

Contre l'hypertrophie amygdalienne.

Gargarisme :

Acide phénique pur.	1 gramme
Résorcine	8 —
Alcool de menthe	20 —
Glycérine pure	30 —
Eau distillée	450 —

Dans le cas de pharyngite granuleuse, on emploiera le gargarisme iodé suivant. qu'on peut diluer :

Iode métallique.	0 gr. 40 centig.
Iod. de potassium	0 gr. 80 —
Sirop de menthe.	50 grammes.
Eau distillée	250 —

Contre l'œdème de la glotte chez les enfants.

(Comby.)

Pulvérisations fréquemment avec la solution suivante :

Alun }	àâ 5 gr.
Tanin }	
Extrait de ratanhia.	10 —
Eau	500 —

Cinq à six par jour avec un pulvérisateur à main ou à vapeur.

La damiana comme aphrodisiaque

Turnera aphrodisiaca. Herbacée du Mexique. famille des Portulacées. Stimulant du cerveau et tonique génito-urinaire.

Prép. — Ext. solide, 0,30 à 0,40.

Ext. fluide.

Extrait fl. de damiana }	
Sp. de tolu }	P. E.
Glycérine pure }	

Deux à quatre grammes, trois ou quatre fois par jour.

Emulsion d'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue.	350 gr.
Eau de chaux..........	150 —
Sucre	25 —
Glycérophosphate de chaux	2 — 50.
Gomme adragante......	0 — 50.
Essence de menthe....	V gout.
Essence d'amandes amères	II —

Deux cuillerées à soupe par jour.

Sirop contre le rachitisme.

Sirop d'iodure de fer....	āā 250 gr
Sirop de lacto-phosphate de chaux.............	āā 250 gr
Alcoolature d'oranges...	5 —

Une ou trois cuillerées à dessert suivant l'âge.

Pansement des ulcérations tuberculeuses.

Solution de KOLISCHER.

Voici la formule de cette solution :

Phosphate de chaux......	50 gr.
Eau distillée	500 —

Ajouter acide phosphorique dilué q. s jusqu'à solution parfaite et filtrer. Finalement, on additionne la colature avec :

Acide phosphorique dilué..	60 gr.

F. s. a.

On irrigue les plaies et les fistules avec ce liquide, puis on les recouvre avec de la gaze imbibée de la solution ; on continue le traitement pendant plusieurs mois.

Contre les convulsions infantiles.

Hydrate de chloral 0 gr. 30 à	0 50.
Camphre pulvérisé........	1 gr.
Jaune d'œuf..............	N° 1
Eau distillée.............	200 gr.

Pour un lavement.

Suppositoires contre la fissure de l'anus.

Extrait de belladone........	4 gr.
Onguent populeum..........	8 —

Beurre de cacao q. s pour 15 suppositoires. — En introduire un, le soir en se couchant, pour calmer les douleurs de la fissure à l'anus. Ces suppositoires provoquent quelquefois de la sécheresse de la gorge et de la dilatation de la pupille, et dans ce cas, il y a lieu d'en suspendre l'usage.

X. PERROUX, IMPRIMEUR, MACON

GYNÉCOLOGIE

SUR UN CAS DE RUPTURE SPONTANÉE INTRA-PÉRITONÉALE D'UN KYSTE DE L'OVAIRE,

par le Dr Potherat, chirurgien de l'hôpital Broussais,
et Paul Lutaud, interne des hôpitaux.

Depuis que l'ovariotomie est entrée dans la chirurgie courante, et que l'extirpation chirurgicale des kystes de l'ovaire est le seul traitement de cette affection, les cas de rupture de ces derniers sont rares.

Autrefois, comme nous le verrons plus loin, cet accident était assez fréquent et même considéré par certains comme un mode de terminaison, voire de guérison.

Mais auparavant nous allons donner l'observation clinique qui nous a amenés à rechercher dans la littérature médicale les faits de même genre pour en donner un aperçu général.

Observation. — Mme B... ; notre malade est une femme de 48 ans, dont l'état général était excellent. Quand elle est venue nous trouver dans notre service de la maison Dubois au mois d'octobre dernier, une lettre du médecin qui nous l'envoyait, nous donnait le diagnostic de kyste de l'ovaire, diagnostic qui fut aussitôt confirmé dans le service.

En effet, à l'inspection, Mme B..., nous présentait un ventre à l'aspect typique, globuleux, un peu saillant, tendu. A la palpation, nous eûmes nettement une sensation de flot que la percussion nous limita, en nous donnant une zone médiane mate remontant très haut, avec sonorité dans les deux flancs.

A l'interrogatoire de la malade, celle-ci nous dit avoir toujours été très bien portante. Bien réglée, mariée à 16 ans, elle a eu un enfant l'année d'après, puis deux jumeaux qui meurent, et un autre enfant. Pas de fausse couche. Rien à noter comme diathèses. De même rien dans les antécédents héréditaires..

A Pâques dernier, pour la première fois, la malade perd plus que de coutume, et ces pertes se renouvelant, elle se décide à se faire soigner et va trouver son médecin qui pense à une hématocèle. Plus tard, un spécialiste de Metz fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Au toucher vaginal on trouve un col normal et rien dans les culs-de-sac.

Aucun trouble viscéral, pas de polyurie, un peu de constipation.

Pas de douleurs, la malade se plaint seulement d'un peu de gêne, d'une sensation de tiraillement augmentant avec le volume croissant du ventre.

Pas de température. Pouls régulier et normal.

Nous étions décidés à l'opérer de suite, lorsque la malade nous dit attendre ses règles d'un moment à l'autre.

En effet, entrée à Dubois le 23 octobre, elle eut ses règles le 24. Celles-ci durèrent sept jours et furent normales comme durée et quantité.

Pendant ses règles, notre malade ne *quitta pas son lit*, ne se leva pas, ne fit aucun mouvement, et chaque jour à la visite elle nous disait aller très bien, ne se plaignant d'aucune douleur, de rien d'anormal.

Le 2 novembre, le matin de l'opération, pendant la visite, en découvrant la malade pour la palper, nous fûmes étonnés de l'apla-

tissement du ventre, qui ne présentait plus l'aspect globuleux et tendu qu'il avait à son arrivée.

En palpant, nous ressentîmes une sensation d'ascite plus que de kyste, avec matité dans les flancs, surtout à gauche où elle descendait très bas. Nous pensâmes un moment à de l'ascite surajoutée, et la malade fut portée sur la table d'opération.

A l'ouverture du péritoine un flot de liquide jaune citron s'écoule. Séreuse lisse, absolument saine, sans granulations, sans épaississement, sans hypérémie.

La main introduite dans le ventre amène à notre incision abdominale une masse qui n'était autre que les parois du kyste, qui s'était rompu de lui-même.

Il s'agissait d'un kyste parovarien du ligament large gauche. On l'extrait; ligature en chaîne du large pédicule. Ablation des annexes droites qui présentent de vieilles lésions de salpingo-ovarite. Ablation de l'appendice très long et volumineux. Drainage en raison de l'inondation péritonéale.

Les suites opératoires sont normales les trois premiers jours. Au premier pansement fait le surlendemain, on enlève le drain. Pas de fièvre, pansement sec.

Les fils sont enlevés le jour. Rien d'anormal. Deux jours se passent sans rien d'exceptionnel. Le dixième jour, en faisant le pansement on assiste à une évacuation subite et spontanée par le lieu du drainage, d'une abondante quantité d'un liquide clair et sans odeur. Cet écoulement tout en diminuant régulièrement d'intensité, persista plusieurs jours, puis cessa. Elle sort complètement guérie le 1er décembre et repart pour Metz.

Deux mois après (février 1904), elle nous écrit pour nous donner des nouvelles de sa santé qui est très bonne, ne se plaignant que d'un peu de gêne en urinant.

Revenons maintenant à l'examen de la pièce enlevée aussitôt après l'opération. Nous reconstituons la poche en la bourrant de compresses, et nous constatons une rupture d'une longueur de 12 à 15 centimètres traversant une zone circulaire ischémique, blanchâtre, dépourvue totalement de vaisseaux sanguins. Par contre, ces derniers sont volumineux et tracent de nombreuses arborisations sur le restant des parois.

Ces dernières sont souples dans toute leur étendue et ne présentent ni végétations, ni villosités, ni épaississement.

Il serait difficile d'évaluer la quantité de liquide qui est sorti du ventre, car une certaine quantité s'est écoulée dès l'ouverture du péritoine et n'a pu être recueillie. Il était jaune citron, ne présentant ni odeur ni consistance spéciale. Toutefois, en nous en rapportant au volume présenté par la malade avant la rupture, la quantité du liquide ne devait pas être inférieure à 8 litres.

Pour résumer cette observation nous voyons donc que nous sommes en présence d'un cas de rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire. Nous ne retrouvons ici aucune des causes qui ont été imaginées pour expliquer cet accident.

Ces causes sont au nombre de trois: 1° traumatisme; 2° infection; 3° par torsion du pédicule.

Ici la malade n'accuse aucun traumatisme. Pendant la semaine qu'ellepass e à la maison Dubois avant son opération, Mme B... a ses règles et ne quitte pas son lit. Aucun des élèves ne L'examinent durant cette période. La veille de l'opération, elle est lavée doucement avec une compresse et non à la brosse. Si nous insistons sur ce

détail, c'est que certains auteurs ont vu des cas de rupture sur la table d'opération, au moment où un aide savonnait avec force la malade.

D'ailleurs la rupture semble avoir eu lieu l'avant-veille de l'opération, car en interrogeant la malade pour rechercher si elle avait perçu une sensation quelconque au moment de l'accident, celle-ci nous affirma *ne se souvenir de rien*, n'avoir rien ressenti ; si ce n'est, l'avant-veille, de l'opération, une sensation vague de *déplacement de liquide* dans son côté gauche en s'y couchant, chose qu'elle n'avait pas remarquée jusque-là.

On ne peut non plus penser à de l'infection, car la malade n'a eu à aucun moment de fièvre, l'état général fut toujours excellent. Le pouls régulier, pas de teinte subictérique de la conjonctive ni des muqueuses. Enfin, à l'ouverture du péritoine, le liquide qui s'écoula était absolument clair, ne présentait aucune altération pathologique, et la séreuse péritonéale, aucune réaction. Il n'y eut pas non plus de torsion du pédicule, qui s'accompagne toujours de douleurs très vives et de phénomènes péritonéaux graves.

Nous nous trouvons donc en présence d'un cas de rupture d'un kyste dû vraisemblablement à une altération vasculaire d'une portion de ses parois. En effet la rupture se fit au niveau d'une zone circulaire absolument ischémique.

Cette ischémie est probablement due au rapide développement du kyste. Ce dernier en effet n'était pas des plus volumineux, mais la malade remarquait que son ventre augmentait très rapidement. Il est donc à supposer que le développement des vaisseaux chargés de la nutrition de cette poche, ne s'accrurent pas avec une rapidité suffisante, pour en assurer la circulation dans sa totalité, et que sous l'excès de la tension du liquide, la poche creva à son point faible au pôle opposé au pédicule.

L'observation que nous venons de présenter, mérite donc d'être relevée pour plusieurs raisons. Tout d'abord par sa rareté à l'heure actuelle, puis par l'explication de la rupture où nous ne retrouvons pas les causes étiologiques habituelles; enfin, par ce fait que l'accident est survenu sans aucuns troubles ni locaux, ni généraux, ni ni graves, ni bénins, et cela pas plus au moment même de la rupture que dans les jours qui suivirent.

Les suites opératoires ont été des plus simples, l'aspect du liquide et l'intégrité au moins apparente de la séreuse, faisaient prévoir cette heureuse évolution. Il nous faut cependant souligner l'évacuation de liquide ascitique survenue tout à coup au dixième jour, et durant en petites quantités, quelques jours. S'agit-il là véritablement d'ascite ou de l'évacuation d'une certaine quantité du liquide du kyste étant resté enkysté entre les anses intestinales, c'est un point que nous n'avons pu élucider. Cet incident de notre observation n'est pas unique dans l'évolution des suites opératoires des kystes rompus. Nous l'avons retrouvé dans une observation due à *Kœppen*

(*in Fossard*). Ce dernier, pas plus que nous, n'en fournit l'explication.

Il était intéressant de rechercher dans la littérature médicale, les faits du même genre pour voir s'ils s'étaient produits dans les mêmes conditions et avec le même pronostic.

Les trois auteurs qui ont le mieux étudié la question sont : *Tilt*, médecin anglais qui a fait paraître en 1848 un travail dans la « Lancet » sous le titre de *Extract of articles on the treatment of Ovarian; Cyst* et *Nepveu*, dans un article paru dans les *Annales de Gynécologie* en 1875 : *Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine*, et enfin dans ces dernières années, *Fossard*, thèse de Paris, 1901 ; *Rupture spontanée des kystes de l'ovaire.*

Nous avons pu nous procurer le travail de *Tilt*, grâce à l'obligeance du docteur *Naggiar*, de Londres, et le résumer.

Cet auteur, passant en revue les différents procédés médicaux et chirurgicaux, alors en honneur, dans la thérapeutique des kystes de l'ovaire, est amené à dire :

« Je propose de ponctionner ou mieux d'inciser le kyste afin que « ce dernier se vide dans la cavité péritonéale d'où petit à petit le « liquide s'éliminera par la voie rénale. »

Tilt ajoute qu'il base son traitement sur le fait qu'il a vu guérir un grand nombre de femmes par la rupture accidentelle ou spontanée de leur kyste.

Il dit ensuite qu'il considère le liquide kystique comme inoffensif et que les cas mortels ne sont pas dus à de la péritonite, mais à des phénomènes de *shock*.

Si nous relevons la série des cas de rupture signalés par le médecin anglais, nous voyons que, dans presque chaque cas, l'accident a été précédé d'un traumatisme plus ou moins violent, tel que chute, coup, effort brusque, etc., et presque toujours suivi d'une douleur abdominale assez forte mais toute temporaire. Le symptôme dominant semblait être de la *polyurie* durant trois ou quatre jours.

Tilt ajoute qu'il a vu fréquemment la guérison être définitive, mais, dans quelques cas, il a vu le kyste se reformer.

Les quatre observations suivantes sont parmi celles qu'il donne comme étant typiques :

1° Un cas du *docteur Bright* (Guy's Hospital). Gros kyste ovarien. Traumatisme par chute. Pas de douleur. L'attention du médecin est attirée par une polyurie très abondante (L'auteur dit que la malade remplissait trois vases de nuit en 24 heures). Guérison complète.

2° Un cas du *docteur Lowndes* (Bulletin de la Société médicale de Londres). Gros kyste ovarien. Abdomen descendu comme pour une grossesse à terme. Chute. Douleurs violentes. Polyurie (18 litres en 4 jours). Guérison complète. Le ventre redevenant normal au bout de quelques mois.

3° Un cas du *docteur Locock* (Société médico-chirurgicale de Londres, 1847). Gros kyste ovarien. Quatre ruptures spontanées avec reformation du kyste en une année. Guérison après ponction.

4° Un cas de *Camus* (Société médicale de Paris, 1845). Kyste de

l'ovaire. Trois ruptures spontanées (La première en janvier 1844 ; la deuxième en juillet 1844, la troisième en février 1845 . La première fois, symptômes graves de péritonite, disparaissant en une semaine et suivis de polyurie. Les autres ruptures se firent sans accidents graves, mais le liquide ne se résorba que partiellement.

En tout, *Tilt* rapporte 34 cas dont 20 ont été suivis de guérison complète, 4 ont été suivis de reformation du kyste et 10 de mort.

Nepveu, en 1875 dans les *Annales de Gynécologie*, ne relève avant *Tilt* que le cas de *Camus* (relevé également par *Tilt*) et le travail de l'auteur anglais.

Nepveu a pu réunir en tout 155 cas de rupture de kyste de l'ovaire dont 128 dans le péritoine et les autres dans les organes voisins (rectum, vagin, etc)., ou à la paroi.

La symptomatologie des cas cités par *Nepveu* est très variable.

Dans quelques cas *très exceptionnels* il n'y eut aucun symptôme. (Le cas de notre malade pourrait rentrer dans cette série.)

Dans la grande majorité des faits, au moment de l'accident, il y a de la *douleur* qui dans quelques cas est très intense (sensation de déchirure, de rupture), d'autres fois plus supportable, mais qui en général dure peu. On note aussi une sensation bizarre, que les malades auraient décrite ainsi : *il me semblait que mes intestins tournaient dans mon ventre.* Ces douleurs amènent quelquefois des troubles nerveux et une grande faiblesse générale. La rupture s'accompagne aussi fréquemment de symptômes de péritonite, ballonnement, douleurs violentes, palper douloureux ou impossible, pouls fréquent et petit, fièvre, vomissements, etc. Dans un certain nombre de cas cités par *Nepveu*, la mort survint rapidement par péritonite généralisée, dans d'autres cas par troubles cardiaques(cyanose, etc.). Les chiffres que nous donne cet auteur sont les suivants :

Mort. 63 cas sur 127 ; dont 22 par péritonite et 22 par mort subite.

Guérison. 64 cas. Dans la plupart des cas incomplète et suivie de récidive totale ou partielle.

Les guérisons complètes pour *Nepveu* sont exceptionnelles.

Les autres auteurs qui parlent de cet accident le font avec moins de détails et beaucoup s'appuient sur le travail de *Tilt*.

Boinet dans les *Maladies des ovaires* (1887) en parlant de la terminaison des kystes de l'ovaire, admet la guérison de l'affection par rupture spontanée, mais il ajoute qu'il faut que le *contenu soit absolument séreux*. Il ne donne aucune symptomatologie.

De Sinéty admet comme étiologie, en première ligne le trauma, puis exceptionnellement la suppuration, la gangrène, les hémorrhagies. Il ne traite pas davantage la question.

Spencer Wells dans les tumeurs de l'ovaire traite surtout de la pathogénie de l'accident et donne trois causes :

1) *L'infection* de cause quelconque peut amener la rupture fréquente du kyste, avec formation d'adhérences ou non, d'où péritonite généralisée ou localisée ;

2) *Dégénérescence lente des parois du kyste.* L'accumulation du

liquide comprime ou oblitère les vaisseaux, l'apport sanguin se trouve diminué. Rupture secondaire. Mais pour *Spencer Wells*, il y a presque toujours péritonite suivie, le plus souvent, de guérison (1 mort sur 12 cas), mais bien nette au point de vue clinique, et avec, à l'ouverture, péritoine rouge, épais, et exsudats;

3) *Par dégénérescence graisseuse.*

Enfin *Lawson Tait* cite un cas personnel qui semble analogue au nôtre, un kyste parovarien opéré après rupture sans réaction péritonéale.

Ajoutons ici que dans les *traités classiques* et dans les *dictionnaires Dechambre* et *Jaccoud* où l'on se contente de citer la possibilité de la rupture, cette dernière est considérée comme un accident des plus graves (péritonite généralisée, etc.).

Kœberle dans le dictionnaire Jaccoud insiste sur la *polyurie*.

Mais la plupart de ces auteurs n'admettent que la rupture des kystes infectés, d'où leur conclusion, la péritonite généralisée et localisée par des adhérences, est fatale.

L. Posi, dans son Traité de Gynécologie, a pu, dans ces dernières années, relever les cas suivants :

Sanger (Société Gyn. de Leipzig, 1887). — Kyste se rompant sous l'influence des efforts de vomissements dus au chloroforme avant l'incision.

Adrien Pozzi, alors interne de *Trélat*. — Cas analogue, 1883.

Demons (Gazette hebdomadaire des Sciences médicales, de Bordeaux, 1896). — Un cas de rupture au cours d'une exploration chirurgicale.

Morisson. — Kyste ovarien multiloculaire. Rupture. Laparotomie. Guérison. (Edimb. méd. journal, 1888.)

Rokitanski (Allg. Wien. Méd. Zeit., 1886). — Un cas de rupture non suivi de péritonite.

M. Pozzi, sans donner un tableau symptomatologique de la rupture du kyste de l'ovaire, dit qu'il y a toujours des troubles graves dus à des phénomènes d'intoxication, ou des symptômes plus ou moins graves de réaction péritonéale.

Dans ces dernières années, quelques auteurs se sont occupés de la question. Parmi eux, il nous faut citer : *Mme Waite* (Thèse de Paris 1883 : Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire) ; *Rémy* (De la grossesse compliquée de kyste ovarique Thèse d'agrégation, Paris 1886) ; *Duffner* (Ruptures et perforations des kystes de l'ovaire, Thèse Nancy 1892), et *Arnal* (Intervention chirurgicale dans la rupture traumatique des kystes de l'ovaire, Thèse de doctorat, Paris 1898).

Mais le travail de beaucoup le plus complet est la thèse de *Fossard*, de la « Rupture spontanée des kystes de l'ovaire ».

Dans ce travail, paru en 1901, l'auteur ne s'est pas occupé des travaux antérieurs à celui de Nepveu et s'est efforcé de grouper principalement les observations de ces dix dernières années.

Ce travail qui est des plus complets est surtout intéressant par ce fait que c'est la première revue générale de la question qui ait une base réellement scientifique. En effet, toutes ces observations (sauf trois, où l'opération a été refusée) ont été suivies d'intervention chirurgicale qui ont permis de constater *de visu* la rupture, d'où confirmation absolue du diagnostic.

Les travaux antérieurs, malgré toutes leurs qualités cliniques, n'apportent pas cet appoint d'intérêt et cela par cette raison seule qu'à l'époque où ils ont paru, l'ovariotomie n'était pas encore, ou peu pratiquée.

Nous allons donner une analyse rapide de cette thèse qui nous montrera combien notre cas s'éloigne des observations publiées par *Fossard*.

L'étude faite par ce dernier est des plus complètes et des plus générales, car il s'occupe également des cas de ruptures spontanées extra-péritonéales, c'est-à-dire dans les viscères voisins. Nous n'avons pas à nous en occuper.

Fossard admet la fréquence assez grande de l'affection. Mais il estime que c'est un accident des plus graves et c'est l'avis général, sauf celui de *Schrœder* et de *Hoffmeier*, qui dans leurs traités respectifs sur les maladies des femmes, pensent que la rupture des kystes de l'ovaire est un accident journalier (?) et sans aucune gravité.

Fossard admettant la division étiologique de Nepveu divise les causes de rupture en :

R. par trauma, R. par altérations des parois, R. par grossesse.

Nous n'avons pas à nous occuper ni de la première ni de la dernière de ces causes.

Il est évident que notre cas se rattache à une altération des parois. Mais là encore nous ne trouvons pas les altérations habituelles signalées par Fossard.

Nous ne sommes pas en présence d'un kyste se rompant à la suite de poussées inflammatoires. En effet, nous n'avons trouvé ni suppuration, ni torsion du pédicule, ni adhérences.

Les trois processus habituels de dégénérescence ne sont pas non plus à incriminer.

Il ne s'agit pas de dégénérescence *néoplasique*, puisque les parois de notre kyste étaient lisses, régulières, égales dans leur consistance et ne présentaient ni végétations, ni tumeurs papilliformes, ni villosités.

Il ne s'agit pas non plus de *gangrène* qui ne peut succéder qu'à une torsion, le plus souvent incomplète, ce qui amène une évolution plus lente avec atténuation des phénomènes péritonéaux. Enfin, nous ne pouvons non plus incriminer une dégénérescence *graisseuse* ou *calcaire* (dernières altérations signalées par les auteurs), car dans ce cas, les parois du kyste sont rugueuses, iné-

gales et parsemées de plaques jaunâtres ou brunâtres, faisant plus ou moins saillie, et entourées de zones inflammatoires (*Quénu*).

Nous sommes donc en droit de dire que l'étiologie et la pathogénie de la rupture spontanée que nous avons décrite, ne rentrent pas dans les causes citées pour des faits analogues.

Nous n'insisterons pas sur le chapitre de l'anatomie pathologique de la thèse de *Fossard*. Ce dernier admet, au point de vue du liquide épanché, toutes les variétés sans en donner la fréquence·

Il est rare de rencontrer le péritoine sain comme c'est le cas de notre malade, ce dernier étant toujours malade. Mais le point le plus intéressant est la dimension de la rupture. La perforation dans les cas habituels est *punctiforme* ou *linéaire* toute petite en général (*Arnal*, *Duffner*). Quelquefois elle est étoilée, d'autre fois à l'emporte-pièce, donnant une zone de rupture de la dimension d'une pièce de 50 centimes à 2 francs.

Or, les dimensions de la rupture de notre kyste atteignaient environ 15 centimètres de longueur, admettant avec facilité le passage du poing. Ce fait est donc des plus rares, et sur les vingt-cinq observations de *Fossard*, le seul cas qui se rapproche de ces dimensions est une observation de *Bouilly* (obs. 25.)

Au point de vue symptomatologique, *Fossard* en donnant les opinions émises avant lui, et en résumant les observations qu'il a étudiées, a donné deux formes cliniques. *Une forme à inondation péritonéale* (ce qui a été le cas de notre malade) toujours suivie d'un tableau péritonéal plus ou moins accusé suivant la nature du liquide épanché. Ce tableau a manqué dans notre observation. *Une forme d'ascite à répétition* (ascite dominant le tableau clinique). Il s'agit alors surtout de kystes multiloculaires, dont les poches se rompent et se reforment successivement. Ces cas sont rares.

Comme symptômes habituels concomitants, Fossard donne en première ligne, avec tous les auteurs, la *polyurie*, puis l'*anasarque*, la *diarrhée profuse*, la *salivation exagérée*, *l'ictère, etc.*

Nous n'avons qu'à relire notre observation pour voir que notre malade n'a présenté *aucun de ces symptômes*.

Si nous relevons dans les observations de Fossard, les cas qui se rapprochent du nôtre, nous ne pouvons en trouver qu'un, celui de *Demons* (observation XVII), et encore diffère-t-il par l'étiologie où l'on trouve le trauma, et au cours de l'opération on a noté l'épaississement et la vascularisation du péritoine.

Un autre cas qui se rapproche cliniquement du nôtre, est une observation de *Lawson-Tait* dont nous n'avons pu nous procurer tous les détails.

Nous n'avons pas eu à discuter le diagnostic de l'affection, car chez notre malade le kyste de l'ovaire se présentait avec son aspect, type. Fossard avec juste raison insiste sur les difficultés de diagnostic qui se présentent à l'examen d'un kyste rompu. Les phénomènes péritonéaux pouvant faire hésiter avec la plupart des

accidents abdominaux, et dans les cas de formation et de disparition d'une tumeur liquide, le diagnostic avec l'*hydronéphrose intermitente* (Polyurie dans les deux cas) serait des plus difficiles.

En somme la lecture de la bibliographie médicale se rapportant à la rupture des kystes de l'ovaire nous montre que cet accident est rare quoi qu'en disent *Schrœder* et *Hoffmeier*.

Cette rupture ne semble pas toutefois être aussi grave que donnent à l'entendre quelques auteurs. Notre cas a été absolument dépourvu de gravité. Toutefois, on conçoit qu'un kyste atteint de suppuration, d'inflammation septique, de dégénérescence néoplasique, venant à se rompre, des accidents graves puissent se produire du côté du péritoine. Mais ces accidents n'ont pas de raison d'être avec un kyste non enflammé, non suppuré, non néoplasique.

Ce n'est pas à dire, bien entendu, qu'il convienne d'encourager la pratique indiquée par *Tilt*. Les ruptures spontanées même suivies de guérison ne sont pas jusqu'ici de nature à faire abandonner le traitement qui reste le meilleur, car il est la cure radicale du kyste et le meilleur mode de combat contre les accidents que celui aurait pu déterminer, nous voulons dire la laparotomie.

SUR LA DIFFICULTÉ ET QUELQUEFOIS L'IMPOSSIBILITÉ DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'APPENDICITE ET DES AFFECTIONS UTÉRO-OVARIENNES,

Par le Dr LUTAUD,

Médecin-Adjoint de Saint-Lazare.

Le diagnostic différentiel de l'appendicite est toujours des plus difficiles, et de nouveau, dans la plupart des Sociétés savantes, on entend traiter le sujet sous une forme ou sous une autre.

Je rappellerai ici que j'ai été le premier à soulever la question de la difficulté qu'il y a à distinguer l'appendicite et l'annexite, et cela tout au début des discussions sur cette question. En effet, en 1897, j'ai présenté à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, trois observations où une appendicite avait été prise pour une salpingo-ovarite droite.

A la suite de ma communication, une discussion dans laquelle prirent part principalement MM. *Budin*, *Doléris*, *Nitot*, *Pichevin*, montra combien le diagnostic pouvait être hésitant dans certains cas.

M. Richelot, qui prit la parole à cette époque sur le même sujet, fut de mon avis, et cita six cas où il commit une erreur de diagnostic.

La récente communication de notre confrère *Mérigot de Treigny* sur l'appendicite et la dysménorrhée m'amène de nou-

veau à traiter devant vous, cette question du diagnostic différentiel de l'appendicite et des affections utéro-ovariennes.

Mais auparavant je parlerai de l'appendicite en général, en faisant constater que cette affection a passé par bien des phases cliniques. A la période de tâtonnement du début, où l'appendicite fut détachée des anciennes typhlites, fit suite une *période de certitude clinique*, où toute affection douloureuse de la fosse iliaque droite s'accompagnant de fièvre, de vomissement, d'hyperesthésie abdominale fut baptisée *appendicite* sans admettre même la possibilité *d'un autre diagnostic*. A cette période appartient le grand nombre d'interventions blanches, où, après ouverture de l'abdomen, on trouvait un appendice absolument sain.

Un malade arrivant à l'hôpital et présentant le tableau clinique ci-dessus était porté immédiatement sur la table d'opération ; en ville, il en fut de même, car la plupart des malades terrifiées par le mot appendicite acceptaient le plus souvent l'intervention chirurgicale.

A cette période succéda un règne plus sage, et la plupart des chirurgiens, *commençant à admettre les grandes difficultés de diagnostic* de l'affection, hésitèrent à opérer toutes ces douleurs de la fosse iliaque droite, et la majorité se rallia à une méthode mixte qui fut la suivante :

La *crise appendiculaire* simple sans phénomènes péritonéaux fut respectée et traitée médicalement, et l'appendicite suppurée fut la seule que l'on opéra, ce qui revenait à ouvrir un abcès péri-cæcal.

Dans ce dernier cas, se firent successivement des subdivisions, et l'on créa les deux expressions, *appendicite à chaud* et *appendicite à froid,* deuxième stade de l'appendicite suppurée. La première est actuellement le plus souvent *surveillée*, et c'est la dernière forme qui est l'opération de choix, celle admise à l'heure actuelle par tous les chirurgiens et qui fut récemment pratiquée sur Edouard VII.

Si j'ai rappelé en quelques mots cet historique de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite, c'est pour dire, qu'à mon avis, ce sont les nombreuses erreurs de diagnostic, suivies d'opérations blanches, qui ont amené cette réaction. Or, quelles sont, chez la femme (puisque je veux limiter la question), les nombreuses erreurs de diagnostic qui peuvent se produire ?

Afin que mon sujet soit clair, je veux étudier séparément le diagnostic de chaque forme de l'appendicite, et successivement je montrerai les erreurs que l'on peut commettre en présence

d'une *affection aiguë de la fosse iliaque droite* et d'une *affection chronique de la même région.*

Dans les formes aiguës nous avons à voir :

L'appendicite simple ou crise appendiculaire ;

L'appendicite avec péritonite enkystée ;

L'appendicite avec péritonite suppurée généralisée ;

L'appendicite avec péritonite septique diffuse.

L'appendicite simple, c'est la colique appendiculaire de Talamon ; elle débute brusquement par une douleur violente localisée dans la moitié droite du ventre. A la palpation, il y a de la douleur et de la contraction abdominale. Il y a souvent peu ou pas de fièvre (38° 5 au maximum). Les symptômes s'amendent au bout de deux à trois jours. Les vomissements sont inconstants. La constipation la règle.

Cette forme est peut-être la plus facile à diagnostiquer, du moins d'avec les affections utéro-ovariennes, car il peut être extrêmement difficile d'en faire le diagnostic avec la *colique hépatique*, la *colique néphrétique*, la *colique de plomb*, et les phénomènes douloureux que présente si fréquemment le *rein mobile*, et enfin avec l'*indigestion* simple.

Cependant le diagnostic en est à faire avec des affections utéro-ovariennes, et c'est précisément un cas analogue que nous montre notre confrère Mérigot de Treigny. Sa malade, qui avait d'habitude des règles douloureuses, fut prise brusquement, à plusieurs reprises, de crises violentes dans la fosse iliaque droite, coïncidant ou suivant immédiatement les époques : Etait-ce de l'*appendicite* ou de la *dysménorrhée* ?

Voilà donc un premier diagnostic à faire.

Le second est à faire avec l'*entérite muco-membraneuse* qui dans quelques cas ne s'accompagne pas de selles caractéristiques, ou encore avec l'*entéro-colite* ou la *typhlocolite* de M. Legendre. Je ne parlerai qu'avec réserve, quoique les difficultés de diagnostic peuvent être très grandes, de ce que l'on a appelé la *névralgie ovarienne*, si fréquente chez les hystériques, d'autant plus que ces dernières, souvent dans le but de se rendre intéressantes, exagèrent les symptômes pour obtenir une intervention qu'elles désirent. Si on pratique le toucher chez ces dernières, on ne sent pas de masses évidemment, mais un point douloureux ovarien, ou dans la région ovarienne, et on n'est guère avancé !

J'estime donc, que même dans la forme non suppurée de l'appendicite, il peut y avoir des difficultés de diagnostic assez grandes. Je me hâte d'ajouter que maintenant que la *furie opé-*

ratoire est calmée, une erreur d'interprétation de ces symptômes n'est pas grave ; mais en était-il de même il y a sept ou huit ans?

Je vais étudier maintenant la forme la plus commune de l'appendicite, l'*appendicite avec péritonite enkystée* :

Cette forme clinique débute par une *douleur très violente* dans la fosse iliaque droite avec maximum au niveau du point de Mac Burney. A ce propos, je rappellerai que, dans bien des cas, ce point correspond autant à la région ovarienne qu'à la région appendiculaire. En effet surtout chez les femmes grasses où l'entéroptose est fréquente, le cæcum et son appendice ont tendance à descendre dans le petit bassin où ils se mettent en rapports intimes avec l'ovaire droit. De même, inversement, il n'est pas rare de voir l'ovaire resté élevé dans la cavité abdominale, surtout après plusieurs grossesses.

Cela dit, je reprends la description rapide de l'appendicite suppurée commune, de l'*abcès peri-cæco-appendiculaire.*

A la douleur, s'ajoutent comme symptômes fonctionnels des *vomissements* qui se répètent à plusieurs reprises et de la *constipation*. La *fièvre* est vive et monte à 39°, 40°, le *pouls* est fort, plein et compte 120 pulsations environ. La *langue* est blanche et saburrale.

Si la *palpation* est possible, ce qui a lieu en général au bout de 24 à 36 heures, quand la défense musculaire diminue, on sent dans toute la *région iliaque droite*, une tumeur ou mieux une zone pâteuse, un *plastron*.

Si ce dernier est assez superficiel et comme *collé contre la paroi*, ou s'il *fuse vers l'ombilic*, le diagnostic se trouvera simplifié et l'on ne pourra guère songer qu'à de l'appendicite. Si au contraire on ne le sent que profondément et s'il fuse vers le petit bassin, le grand diagnostic avec *l'annexite droite* se pose.

J'élimine de suite le diagnostic de la Psoïtis, qui pour le *Dr H. Bousquet* (de Clermont-Ferrand) se reconnaît aux symptômes suivants (Bulletin médical, appendicite, psoïtis ou annexite?) :

Douleur plus modérée, pas de défense musculaire, peu de phénomènes du côté du tube digestif. De plus il existe souvent une zone de sonorité intestinale en avant de la tumeur. Enfin signe important, douleurs très vives dans le membre inférieur s'accompagnant souvent de positions vicieuses (cuisse fléchie et rotation externe du pied).

Or que nous présente, comme symptômes, une femme en pleine poussée de salpingo-ovarite aiguë du côté droit?

Une *douleur violente* à droite, des *vomissements*, de la *constipation*, une température entre 39 et 40°, un pouls rapide aux environs de 110 à 120. Les symptômes généraux et fonctionnels sont donc les mêmes, car chacun sait combien les affections ovariennes retentissent sur l'appareil digestif.

A la *palpation* de l'abdomen, on a la sensation d'une masse profonde, douloureuse et pâteuse. Là encore, dans quelques cas types, nous aurons des différences qui nous feront faire le diagnostic : en est-il de même toujours? Assurément non.

Mais le toucher vaginal ? nous dira-t-on. Or ce dernier même deut ne pas nous donner tout ce que nous en attendons. Evidemment si la collection tombe dans le cul-de-sac postérieur, si l'utérus est immobilisé, rejeté vers la gauche, si toute la région génitale donne la sensation d'une poussée inflammatoire, s'il y a de la métrite concomitante, s'il existe des commémoratifs, le diagnostic sera aisé. Mais dans nombre de cas, cela n'est pas. Il y a des collections appendiculaires qui descendent jusque vers les culs-de-sac vaginaux, il y a des collections salpingiennes, qui limitées peuvent rester assez haut, ne pas retomber dans le vagin et laisser l'utérus relativement sain et mobile, surtout lorsque celui-ci est très élevé, et qu'on atteint difficilement le col.

Puis n'oublions pas que, dans ces formes douloureuses, l'examen complet, c'est-à-dire le *toucher combiné à la palpation abdominale*, ne peut pas se faire, car d'une part il n'est pas supporté par la malade, et d'autre part il peut être dangereux; car une palpation prolongée et trop profonde de la fosse iliaque droite peut amener des ruptures d'adhérences et, par suite, une péritonite généralisée due à l'ouverture de l'abcès ou d'une perforation intestinale.

Je crois avoir montré qu'il est des cas où il est des plus difficiles de faire le diagnostic entre les deux affections. Et ce diagnostic peut, dans certains cas, être des plus importants, car de lui peut découler le traitement d'urgence.

Si dans les trois quarts des cas, le traitement est *l'expectative armée en surveillant la malade*, dans l'appendicite suppurée et dans la poussée de salpingite suppurée gonococcique ou puerpérale, il est des cas où l'état général empirant il faut agir. L'intervention alors n'est pas la même, puisque à chaud, dans le dernier cas, c'est l'ouverture du cul-de-sac vaginal, dans le premier cas, c'est l'incision et le drainage de la fosse iliaque qu'il faut faire.

Pour terminer cette question d'appendicite et d'annexite droite, je veux dire un mot des *formes associées*.

Le voisinage de deux organes et leurs relations lymphatiques font qu'il n'est pas rare de rencontrer l'association des deux affections, ce qui rend alors le diagnostic impossible.

A ce sujet je citerai le travail de Barnsby, de Tours, qui apporte cinq observations :

1° appendice adhérent à un hémato-salpinx.
2° — — — kyste de l'ovaire.
3° — — — hydro-salpinx.
4° et 5° — — — pyosalpinx.

et qui conclut en admettant l'existence d'une *appendicite secondaire* d'origine annexielle et coïncidant avec des lésions de la trompe et de l'ovaire.

Je serai plus bref sur les autres formes cliniques de l'appendicite que j'ai indiquées au début de ma communication ; car. à vrai dire, elles appartiennent au grand cadre des *péritonites*,

L'appendicite avec péritonite suppurée généralisée peut succéder à la précédente ou être généralisée d'emblée, c'est-à-dire de 24 à 48 heures après les accidents du début. C'est le tableau péritonéal que je ne veux pas décrire, avec le facies spécial des vomissements, etc., et ici, le diagnostic de péritonite posé, la laparotomie immédiate est la seule chance de salut. Il faut dans ces cas toujours supposer que c'est à droite dans la région appendiculaire que se trouveront les désordres les plus graves.

Ici tout le monde est d'accord, en présence d'une malade atteinte de péritonite généralisée, si on n'a pas de commémoratifs précis, pour dire que le diagnostic de la cause est à peu près impossible, et je ne veux pas passer en revue toutes les perforations appendiculo-cæcales ou celles des autres portions du tube digestif, qui peuvent amener la péritonite généralisée, au même titre que les affections utéro-ovariennes, telles que les salpingites suppurées ou les hématocèles ou grossesses ectopiques qui se rompent dans le péritoine.

Quant à la dernière forme d'appendicite aiguë, la plus maligne et la plus insidieuse, l'*appendicite avec péritonite septique diffuse*, je n'en dirai qu'un mot.

Peu douloureuse, s'accompagnant de phénomènes adynamiques graves, de diarrhées fétides, de facies terreux, de dissociation de la température et du pouls, son diagnostic n'est pas à faire avec les affections utéro-ovariennes qui sont toutes

franches et bruyantes dans leurs manifestations douloureuses ou inflammatoires.

Pour terminer cette question des rapports de l'appendicite et de l'annexite, je veux dire un mot de l'*appendicite chronique*.

Cette dernière est l'aboutissant fréquent des autres formes d'appendicite. L'appendice une fois atteint, reste sous le coup de rechutes qui se manifesteront à l'occasion de causes impossibles à prévoir. N'est-ce pas le cas aussi de l'ovaire?

Le tableau clinique est sensiblement le même : n'est-ce pas la même femme qui se présente au médecin? Ce sont les mêmes troubles fonctionnels, les mêmes signes physiques à la palpation abdominale ; souvent le toucher vaginal ne donne que peu de renseignements et, de plus, pour égarer encore le diagnostic, il y a recrudescence des phénomènes douloureux au moment des règles.

Enfin ici je veux dire un mot sur une question encore bien mal connue : c'est la question de la tuberculose des organes génitaux de la femme qui, le plus souvent, aboutit à une *pelvi-péritonite tuberculeuse* à forme fibro-caséeuse qui souvent est bien difficile à diagnostiquer du boudin mal limité, que donne au palper la masse constituée par le cæcum et l'appendice tuberculeux.

Ainsi on peut dire que les rapports de toutes les affections aiguës et chroniques de l'appendice et du cæcum d'une part, des annexes droites de l'autre sont intimes.

Et, pour terminer, je ne saurai mieux faire que de citer la toute récente et très intéressante communication de mon confrère et ami M. le Dr Guinard, à la Société de Chirurgie.

La communication de M. Guinard, « Des erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire », porte sur la question des appendicites chroniques en général, et insistant sur le syndrome douloureux de l'affection, il propose d'employer le terme d'*appendicalgie*.

La communication de notre confrère peut se résumer en trois points :

1° Fréquence des appendicites méconnues et prises pour d'autres affections abdominales ;

2° Fréquence des *appendicites qui coexistent avec d'autres affections* et, ajoute M. Guinard, qui sont souvent la cause réelle des douleurs ;

3° *Conclusion* : Aller toujours à la recherche de l'appendice, dans toute laparotomie, et, pour peu qu'il soit suspect, l'enlever. Je ne veux pas entrer dans la discussion très vive de cette

communication, à laquelle ont pris part MM. Quénu, Berger, Lejars, Potherat, Picqué, Walter, etc., qui, presque tous d'ailleurs, ont accusé l'auteur d'emballement et d'exagération.

M. Guinard, entre autres choses, dit que lorsqu'il existe un fibrome douloureux, un ovaire scléro-kystique douloureux, un kyste de l'ovaire douloureux, il y a presque toujours un appendice malade qui, lui, est cause des douleurs.

Cette communication vient à l'appui de ce que j'ai dit, à savoir que les relations de tous les organes qui siègent dans la fosse iliaque droite et dans la partie toute supérieure de l'excavation pelvienne, sont si intimes au point de vue pathologique, qu'il est extrêmement fréquent de voir les affections de l'un retentir sur l'autre. A plus forte raison, le diagnostic différentiel entre des affections, qui *ont de telles tendances à s'associer,* est des plus difficiles. C'est sur ce point que je voulais une fois de plus attirer l'attention de la Société.

PÉDIATRIE

DE LA MORT RAPIDE SURVENANT QUELQUEFOIS A LA SUITE DE LA GUERISON TROP PROMPTE DE L'ECZÉMA CHEZ L'ENFANT,

Par le docteur L. Butte.

« L'ancienne croyance populaire, d'après laquelle il était dangereux de guérir les gourmes et les dartres, n'est plus admise aujourd'hui par la majorité des médecins, et cependant, il y avait dans cette croyance une grande part de vérité. »

Cette phrase n'est pas de moi ; elle a été écrite par M. Gaucher (1) et elle n'aurait pas autrement attiré mon attention si, dans le courant de ces dernières années, je n'avais eu l'occasion d'observer deux cas de mort brusque chez de jeunes enfants, survenue à la suite d'une guérison très rapide d'eczémas aigus suintants, et causée par des affections viscérales qui n'existaient pas avant la suppression de la sécrétion morbide.

Voici le résumé de ces deux observations.

Obs. I. — M. F..., née le 3 janvier 1900. — Parents arthritiques. — A deux mois, eczéma aigu suintant, occupant la face, le cou, la partie antérieure de la poitrine et la partie interne des cuisses.

Je le traite avec des lotions émollientes, des applications de poudres inertes.

Pendant 20 mois, l'éruption ne disparaît jamais complètement et il y a des périodes de poussées et d'amélioration.

(1) Congrès international de dermatologie 1889.

A l'âge de 20 mois, au commencement de septembre 1901, l'éruption disparaît complètement et l'enfant reste en bonne santé jusqu'en août 1902.

A cette époque, l'éruption réapparaît aussi intense que la première fois. J'étais en vacances à ce moment et la mère va consulter un confrère qui prescrit une pommade à l'oxyde de zinc et des lotions au coaltar. Très rapidement, paraît-il, en une huitaine de jours, l'eczéma disparaît complètement, mais en même temps l'enfant est pris de fièvre, il tousse, il a des convulsions. Appelé au dernier moment, je trouve de la broncho-pneumonie des deux côtés et l'enfant succombe dix jours après le début de l'eczéma, deux jours après la disparition de l'éruption.

Obs. II. — C. D..., 18 mois. — Mère rhumatisante, père migraineux.

Cette enfant nourrie au sein est atteinte, à 15 mois, d'un eczéma aigu très suintant de la face, du cuir chevelu, du cou et de l'abdomen.

Je la traite pendant deux mois par des lotions à l'eau de guimauve, des bains d'amidon et de la poudre de talc.

Il y a une légère amélioration, mais, la guérison tardant, les parents lassés conduisent leur petite fille à la consultation d'un hôpital d'enfants. On prescrit : cataplasmes de fécule, lotions phéniquées, pommade à l'oxyde de zinc.

Très rapidement l'éruption cutanée disparaît complètement, mais, quelques jours après cette disparition, les parents constatent que le ventre de l'enfant grossit et que ses jambes enflent. Je suis appelé et je trouve de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs. L'urine émise en très petite quantité contient de l'albumine et des cylindres-axes. L'enfant succombe le lendemain de ma visite.

Je me souviens de trois ou quatre cas analogues, mais non terminés par la mort, dans lesquels, à la suite de la guérison brusque d'eczémas aigus généralisés, il était survenu tantôt de l'anasarque, tantôt de la broncho-pneumonie, tantôt des troubles gastro-intestinaux.)

Ces faits ne sont pas isolés. M. le professeur Gaucher en a cité un certain nombre, M. Guibout disait (1) : « Malgré tous les ennuis et tous les dangers que cette sécrétion occasionne, il faut savoir la respecter et ne rien faire qui puisse la supprimer brusquement, car sa suppression brusque serait une cause de grands dangers (répercussion sur le cerveau, les bronches, les poumons, le cœur, les viscères abdominaux. »

Henoch (2) a souvent observé, chez des enfants, l'apparition de pleurésies, de bronchites, de diarrhées presque immédiatement après la guérison rapide d'un eczéma de la tête. Il a même vu deux fois

(1) Guibout. — De l'eczéma. (Ann. de dermat. 1876-1877, p. 450).

(2) Henoch. — Traité des maladies des enfants.

survenir des convulsions suivies de mort à la suite d'une guérison très rapide d'un eczéma de la tête ou de la face.

Dupeyrac (1) cite un certain nombre d'observations analogues dues à Brocq, Babanneix, etc.

Enfin, Michel Cohn ()2, donne l'observation d'un enfant de dix-huit mois, chez lequel, trois jours après un traitement efficace d'un eczéma chronique de la tête, se montrèrent des symptômes de néphrite aiguë (anasarque, albuminurie, cylindrurie). Ces troubles disparurent au bout de huit jours.

A quelles causes peut-on attribuer de pareilles complications? Autrefois les humoristes pensaient qu'elles étaient dues au transport des humeurs d'un organe dans l'autre ; pour les solidistes, il s'agissait d'un déplacement de l'irritation; enfin, pour les vitalistes, c'était un mouvement fluxionnaire qu'il fallait incriminer.

Tout cela ce sont les anciennes métastases, mais comment à l'heure actuelle peut-on interpréter ces accidents?

Dupeyrac (3), dans sa thèse, émet l'hypothèse que dans l'eczéma, maladie par ralentissement de la nutrition, les substances azotées n'évoluent pas à l'état d'urée et s'arrêtent à une phase intermédiaire (matières extractives toxiques) qui, en s'éliminant par la peau, produisent l'éruption eczémateuse. Si l'éruption est supprimée, la route est barrée, et ces matières vont exercer leur action sur les viscères au point du « locus minoris resistentiæ. »

Une autre théorie tenant compte de l'existence presque constante des microbes pyogènes dans les produits de sécrétion de l'eczéma leur attribue le principal rôle dans la production des lésions viscérales dont nous parlons. Ces microcoques qu'on trouve dans presque tous les cas d'eczéma intense éliminent certainement les produits de leurs échanges. Ces toxines suivant les voies lymphatiques arrivent aux ganglions dont elles provoquent la tuméfaction et y sont arrêtées ou transformées. Lorsque l'eczéma guérit rapidement, les adénopathies disparaissent également et les toxines streptococciques ou staphylococciques qui se trouvaient dans les ganglions sont jetées rapidement en grande quantité dans le torrent circulatoire et viennent irriter les organes viscéraux par lesquels ils tendent à s'éliminer.

Voilà deux hypothèses aussi hasardeuses, aussi intéressantes l'une que l'autre. Je n'ai pas la prétention de me prononcer en faveur de l'une plutôt que de l'autre.

Quoi qu'il en soit des théories, la clinique nous montre qu'il est des eczémas souvent suivis de mort, après une guérison rapide. Mais à côté de ces cas, combien en voyons-nous d'analogues guérir rapidement sans accidents, sans complications ? Quels sont les signes qui nous permettront de dire : Voici un eczéma que l'on peut,

(1) Les métastases de l'eczéma. (Thèse de Paris 1903.)
(2) Michel Cohn. Therapie der gegenwart. 1903, n° 24.)
(3) Loc. cit.

que l'on doit traiter énergiquement sans crainte, en voici un autre qu'il faut respecter? La question n'est pas résolue: il appartient aux cliniciens et aux expérimentateurs de se mettre à l'œuvre.

En attendant, je crois qu'il faut, dans un cas d'eczéma aigu généralisé chez l'enfant, s'informer soigneusement des antécédents héréditaires et s'il y a parmi eux des signes d'arthritisme, n'agir qu'avec précaution.

J'ai, en effet, constaté dans mes observations personnelles et dans celles qui ont été publiées, l'existence fréquente chez les parents d'accidents goutteux, rhumatisants, migraineux, diabétiques.

Il faut également, dans le cours des eczémas de ce genre, surveiller avec grand soin les urines, s'enquérir de la perméabilité rénale et, dès l'apparition de traces d'albumine, rendre le traitement moins énergique et peut-être même quelquefois essayer, à l'aide de révulsifs, de ramener l'éruption du côté de la peau, si elle a disparu trop rapidement.

EXTRAORDINAIRE GRAVITE DE LA DIPHTERIE DEPUIS LES INOCULATIONS DE BEHRING ET DE ROUX

Tous les jours, dans la grande presse, des rédacteurs qui ignorent presque autant que l'immortel Pasteur les premiers principes de notre science, proclament avec conviction que la rage fut vaincue par le divin chimiste, et la diphtérie terrassée par Roux, son éminent disciple. Pour la rage, c'est chose entendue, car c'est chose bien démontrée, dûment prouvée, les cas mortels de son fait ont doublé depuis l'invention.

Et voilà que des statistiques, venues de tous les côtés, nous font voir que la diphtérie, que la mortalité par diphtérie s'est, elle aussi, augmentée depuis les sérums de Behring recopiés par le grand Roux. Il faut, pour être au courant de cette importante question, lire les articles de Kassowitz, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, articles parus dans les *Therapeut Monatshrift.* « A Trieste, nous dit-il, depuis 1880, la mortalité due à la diphtérie a subi une augmentation continue ; puisque du chiffre 98, exprimant les décès de cette année, elle s'est élevée progressivement jusqu'au total de 140, représentant les cas de mort enregistrés durant le premier semestre de 1894. »

C'est à partir de ce moment (août 1894) que le traitement par le sérum fut institué. Tous les médecins de la ville se constituèrent dès lors en un corps de sauvetage (gardia medica) et prirent l'obligation de signaler par téléphone, à un poste central, tous les cas suspects de diphtérie.

« Dans ce poste était organisé un service médical permanent. Le malade était envoyé sans délai à l'hôpital ; là, le sérum lui était administré *larga manu*. Dans d'autres cas, la sérothérapie était instituée à domicile de telle façon qu'en 1894 et en 1895, tous les cas furent injectés, ainsi que cela ressort des documents officiels.

« Toutes ces peines, hélas ! ne furent pas récompensées. En effet, au lieu de la diminution rapide du nombre des cas mortels que l'on attendait, c'est le contraire qui se produisit, puisque le nombre des morts s'éleva à une hauteur formidable.

« C'est à tel point que, dans le dernier trimestre de 1894, dans un seul trimestre, il est mort à Trieste plus de diphtériques qu'il en mourut en une année tout entière de 1888 à 1890.

« En 1895, la sérothérapie fut appliquée avec une extrême rigueur; il mourut 271 diphtériques. Ce chiffre n'a jamais été atteint dans l'ère présérothérapique. »

Si maintenant nous consultons l'article de Germoning, intitulé :

« La sieroterapia della difterite nell' ospedale civico di Trieste », nous y trouvons les renseignements suggestifs suivants : Dans les années précédant le sérum, la mortalité dans les hôpitaux oscillait entre les chiffres 15 et 60 représentant les décès. L'année 1895, remarquable par la rigueur scrupuleuse des inoculations, donne dans les hôpitaux le chiffre fantastique de 193 décès.

Que si nous passons à la Russie, voici ce que nous démontrent les observations officielles recueillies par le professeur Kassowitz. Elles démontrent elles aussi qu'il y a plutôt exagération de la mortalité diphtérique depuis l'emploi des sérums. Ainsi, certaines périodes épidémiques ont donné dans les années sériques un nombre de morts douze fois plus grand que celui des périodes épidémiques graves dans les années asériques.

A Moscou, où les cas mortels sont notés semaine par semaine, on peut voir, en lisant les publications de l'office sanitaire impérial que le chiffre de la mortalité par diphtérie n'a pas été le moins du monde heureusement influencé par le sérum.

En Angleterre, à Londres, où la diphtérie fait de cruels ravages, on constate de la même façon l'inutilité du sérum.

Avant son introduction, par exemple dans le 1er trimestre 1894, il y eut 781 décès ; 2e trimestre, 681 ; 3e trimestre, 680. Après l'introduction, 4e trimestre, 697 décès, et dans l'année 1896, durant laquelle les pratiques furent généralisées et intensives, on observe les résultats suivants : 1er trimestre, 72, décès ; 2e trimestre, 662 décès ; 3e trimestre, 578 décès ; 4e trimestre, 816 décès.

L'étude de la mortalité à Bâle nous conduit aux mêmes conclusions. En effet, d'après les travaux de Lotz, parus *in Correspondenz Blatt fur Sctweizer Aertz* 1898, il ressort que, dans les dix ans compris entre 1885 et 1894, c'est-à-dire dans la période présérothérapique, il mourait en moyenne et annuellement 29 diphtériques, et que dans les années qui suivirent, le chiffre de la mortalité s'éleva à 45 et atteignit 69. Il est bien entendu que l'on constate aujourd'hui des périodes d'abaissement dans le chiffre de la morbidité et de la mortalité ; mais ces abaissements s'observaient également auparavant et sur une échelle plus grande encore. On

serait donc mal venu à mettre ces périodes d'abaissement, comme le font les intéressés, sur le compte du sérum.

Tels sont les faits indiscutables observés sur plus de cinquante mille cas. Et cependant bien des confrères que je considère comme d'excellents praticiens et de très bons observateurs, soutiennent qu'en leur clientèle le sérum antidiphtérique a vraiment d'excellents effets.

Comment donc expliquer ce mirage, et comment mettre d'accord ces propositions en apparence antinomiques ? La chose est à mon avis très simple.

Faire disparaître les fausses membranes qui, pour tout le monde, représentent l'expression matérielle, sensible de la maladie, les fausses membranes qui étouffent le malade et qui, par les suffocations qu'elles produisent, donnent à cette affection son caractère effrayant, tel est le but principal et bien légitime que, tout d'abord, poursuit le médecin. Car la fausse membrane disparue, c'est l'espérance qui renaît, c'est l'aube de la guérison qui luit.

Si, plus tard, des complications surviennent, si les reins, les bronches, les poumons, le cœur manifestent leur atteinte, si la mort termine la scène, le praticien par lui-même, par la famille, par l'entourage, est mis hors cause ; car en faisant disparaître la cause visible de la mort, le symptôme épouvantable, il a fait tout ce qu'il a pu.

Or, l'inoculation du sérum, fait tomber les fausses membranes très rapidement ; non, pas grâce au spécifique qu'il est supposé contenir, mais par pure action mécanique. C'est ainsi, que du sérum sanguin artificiel détermine les mêmes résultats.

Car l'augmentation de la pression sanguine, causée par l'injection dans le système vasculaire d'une certaine quantité de liquide, détermine fatalement, à l'endroit de l'inflammation, c'est-à-dire à l'endroit où l'apport sanguin est déjà plus considérable, une transsudation séreuse, qui permet à la fausse membrane de se détacher facilement.

J'imagine cependant, que cette hyperpression n'est pas sans exercer sur le cœur une profonde répercussion, pouvant même aller jusqu'au collapsus cardiaque. Les observations de Sommers ne laissent aucun doute à cet égard.

D'autre part, si je m'en rapporte au compte rendu des travaux présentés au congrès de Nancy par d'éminents bactériologues, indiquant que les inoculations de sérum sont souvent suivies d'albuminurie, et que le trouble rénal qui en est la conséquence s'exprime parfois par de l'anurie ou de la néphrite hémorrhagique ; j'aurai le droit de conclure que, l'inoculation de sérum donne ou tout au moins peut donner aux explications naturelles de la diphtérie portant sur le cœur et sur les reins, le coup de fouet qui les détermine.

Et mes conclusions se trouvent absolument vérifiées par les résultats de l'enquête sur le sérum antidiphtérique, publiés en 1897, par l'office sanitaire impérial allemand.

Cette enquête a démontré que 42,9 0/0 de tous les cas mortels s'étaient produits dans les trois premiers jours de la maladie, et que 22 0/0 avaient été observés dans les deux premiers jours, c'est-à-dire presque immédiatement après les inoculations.

Tous les confrères qui ont eu l'occasion d'observer la marche habituelle de cette affection, considèreront avec moi, j'en suis bien sûr, ces décès rapides, absolument anormaux, comme occasionnés par des complications déterminées par le sérum. Et je tiens à faire cette remarque, pour répondre à un jeune officiel, chef de clinique, d'expérience insuffisante, qui me soutient sur un ton presque protecteur, que le sérum de Roux ne donnait jamais d'accidents.

En réalité, le sérum de Roux ne possède ou n'exerce sur la diphtérie aucune action bienfaisante ; et si nombre de praticiens sincères affirment son efficacité, c'est qu'entraînés par l'ambiance et la suggestion du moment, ils oublient la véritable proportion des décès par diphtérie avant l'ère Pasteurienne, et que, considérant comme diphtériques des cas d'angines fort simples, herpétiques ou autres parce que contenant le bacille, ils mettent à l'actif du sérum, la guérison qu'ils auraient obtenue avec tout autre procédé.

Nous sommes donc en droit de conclure une fois de plus que le sérum de Roux est absolument meurtrier et qu'il est dangereux pour la santé publique, sous prétexte de répandre la confiance ou d'apporter des consolations, de vanter ainsi que le font nos confrères de la *Grande Presse*, des remèdes qui empoisonnent et qui tuent.

BOUCHER.

THERAPEUTIQUE

LA TEINTURE DE MARRONS D'INDE CONTRE LES HÉMORROIDES

(Dr ARTAULT DE VENEY.)

La teinture de marrons d'Inde calme les douleurs et affaissé le bourrelet des hémorroïdes plus rapidement qu'aucun médicament.

Elle agit aussi bien sur les hémorroïdes internes qu'externes, procidentes que cachées, simples que compliquées.

A. — *La disparition de la douleur* est le premier effet du médicament. Elle se produit en quelques heures ; je l'ai vue en deux heures ; il en faut en moyenne de 6 à 10.

Si on veut simplement s'attaquer à ce symptôme qui est, de beaucoup, le plus gênant, et celui pour lequel les malades viennent surtout consulter, on peut cesser l'administration du médicament dès que la douleur s'éteint.

Si on veut obtenir l'affaissement du bourrelet, il faut continuer le remède pendant quelque temps après la cessation des douleurs.

B. — *L'affaissement du bourrelet* est en effet consécutif à la disparition de la douleur, et plus ou moins rapide.

Il est utile d'insister sur cette dissociation des deux phénomènes, cessation de douleur et affaissement de bourrelet, car il est des cas où on peut désirer, où il y a même avantage à chercher seulement à calmer la douleur tout en conservant le bourrelet devenu indolent. C'est le cas des hémorroïdaires congestifs où on pourrait craindre les effets en contre-coup d'une suppression brusque des lacs sanguins du petit bassin.

C. — La *dose moyenne* à donner est de 10 gouttes avant les deux principaux repas dans un peu d'eau.

Mais cette dose peut varier et doit être proportionnée à l'intensité des douleurs. On peut, d'emblée, en présence de douleurs très vives, s'accompagnant de tension et de turgescence, donner une dose de 20 ou 30 gouttes, quitte à diminuer pour les prises suivantes :

Mieux vaut augmenter progressivement la dose de 5 gouttes à chaque prise matin et soir, ou trois fois dans la journée, pour arriver à la dose adéquate, que de risquer de dépasser cet optimum et d'exaspérer les phénomènes morbides.

D. — Dans les hémorroïdes qui s'accompagnent de *rectite avec selles glaireuses, dysentériformes*, comme des œufs brisés, avec quelques filets de sang et de *ténesme*, la teinture de marrons seule, tout en modifiant les douleurs dans leur intensité ou dans leur mode, est sans action sur l'état local et sur les selles ; il faut alors lui adjoindre à parties égales la *teinture d'aloès*, ou faire prendre une pilule de *nitrate d'argent* d'un centigramme matin et soir. Sous l'influence de ces associations la douleur cesse immédiatement, l'état local s'améliore et les selles glaireuses disparaissent en un jour !

Dans certains cas, lorsqu'il y a par exemple atonie musculo-intestinale, dans les *hémorroïdes sourdes*, dues manifestement à de *la constipation habituelle*, on peut adjoindre à de la teinture de marrons, parties égales de *teinture de noix vomique*.

E. — Enfin, dans ces formes d'hémorroïdes mixtes, ne tenant à l'arthritisme que d'une manière pour ainsi dire collatérale, et se rattachant à des règles insuffisantes, à la grossesse, à des tumeurs abdominales, en se greffant sur des états dyspeptiques qui sont surtout l'apanage des nerveux et des femmes ; dans ces *hémorroïdes qui saignent* abondamment, même en dehors des selles, et qui le plus souvent ne se montrent guère au dehors, si la teinture de marrons seule ne réussit pas à calmer les douleurs ni à arrêter l'hémorragie, il est bon alors d'y joindre parties égales de *teinture d'hamamelis*.

Ces deux teintures de marrons et d'hamamelis associées agissent bien plus efficacement que si on les administre isolément.

F. — On peut, dans certains cas, tout en donnant la teinture de marrons d'Inde à l'intérieur, l'adjoindre à un corps gras, vaseline ou axonge, pour la réduction des hémorroïdes et des procidences

du rectum, qu'elle facilite étonnamment : on peut, dis-je, appliquer la teinture ou *l'extrait de marrons en pommade*, quand il y a étranglement et suintement du bourrelet ; j'ai employé à maintes reprises ce procédé avec succès.

Cependant je dois dire qu'en topique la teinture de marrons semble moins active qu'à l'intérieur contre les hémorroïdes ; en revanche je l'ai vue sous cette forme améliorer notablement des *varices des jambes*.

G. — Enfin la teinture de marrons d'Inde est capable de modifier la circulation du petit bassin et d'agir efficacement dans tous les cas où une congestion de quelque nature qu'elle soit se montre dans un organe de cette région, cystite du col, prostatite, rectite, congestion utérine.

TRAITEMENT DE LA PELADE
(Charmeil.)

Dans le cas de pelade très étendue il ne faut pas hésiter à sacrifier la chevelure et il sera indiqué de raser tout le cuir chevelu.

a) Comme topiques, on a conseillé tour à tour une foule d'agents antiseptiques ou irritants, le plus souvent antiseptiques et irritants. Le choix importe relativement peu, et on peut dire avec Besnier que « tout topique irritant capable de déterminer une congestion légère du derme et une épidermite du type de la rubéfaction eczématique ou, au plus, de la vésication simple, peut être employé indifféremment ».

En tête des agents de cet ordre, nous conseillerons en première ligne l'acide acétique pur ou mitigé : l'acide acétique pur est de maniement délicat et ne doit pas être laissé à la disposition du malade ; le médecin s'en réservera l'application, qui consistera à tremper un petit pinceau de ouate hydrophile au bout d'un petit bâton dans l'acide acétique, à bien essorer le pinceau le long du goulot de la bouteille, de façon qu'en frictionnant la plaque, on ne risque pas de provoquer le coulage sur les parties voisines. La friction sera très brève et suivie immédiatement d'un essuyage avec une boule de coton sec. Immédiatement, la plaque devient d'une pâleur comparable à celle d'une gelure superficielle avec le chlorure d'éthyle ; l'inconvénient de cette application est la douleur assez vive qu'elle provoque. Dans les jours suivants, il se produit une rubéfaction intense, parfois une véritable petite vésication. Tout reprend son apparence normale dans une dizaine de jours. L'acide acétique mitigé dont on pourra recommander l'emploi au malade lui-même sous forme d'une friction légère au niveau des plaques tous les deux ou trois jours, se formulera :

Ether officinal.....................	25 grammes.
Hydrate de chloral................	de 1 à 4 gr.
Acide acétique cristallisable........	de 0,50 à 2 gr.

C'est l'état des téguments qui réglera le nombre des applications ; on maintiendra la peau dans un état de tension et de rubéfaction inflammatoire.

Nous avons insisté sur ce mode d'application parce qu'il devra être le même avec les autres topiques irritants qu'on peut lui substituer. Citons l'ammoniaque liquide qui demande autant de précautions que l'acide acétique pur l'huile de croton d'un maniement encore plus délicat, — on peut avoir facilement une dermite qui dépasse la mesure, aussi vaut-il mieux y renoncer — ; la teinture d'iode ; l'acide phénique en solution concentrée dans l'alcool.

On a aussi employé des crayons médicamenteux soit à base de capsicine, soit de chrysarobine comme dans la formule Galewsky.

Chrysarobine	3 gr. 50
Paraffine	2 — 50
Beurre de cacao.........................	2 — 50
Vaseline	1 — 50

En frictions légères appliquées chaque soir.

L'essence de Wintergreen en solution dans deux parties d'éther ; l'essence de cannelle en solution dans trois parties d'éther, sont aussi d'un maniement commode.

b) Dans les cas rebelles, Sabouraud recourt à une rondelle de sparadrap-vésicatoire de la dimension de la plaque laissée en place jusqu'à vésication ; puis, abrasion de la phlyctène et, sur son fond dénudé, application d'une solution de nitrate d'argent à un pour quinze.

Le médecin trouvera dans cette liste toute la variété désirable. Le seul principe dont il ne devra pas se départir, c'est de ne pas aller trop loin, au risque de provoquer d'irrémédiables cicatrices.

Indépendamment des aires peladiques, tout le cuir chevelu pourra, deux fois par semaine, après savonnage ou nettoyage avec de l'éther de pétrole, être soumis à une friction avec une solution analogue à celle-ci :

Alcool à 90°............................	300 gr.
Teinture de cantharides.................	15 gr.
Hydrate de chloral......................	5 —
Alcoolat de mélisse.....................	100 —
Alcoolat de lavande.....................	100 —
Bichlorure de mercure...................	0,60 centigr.
Huile de ricin..........................	2 —

En dehors de l'irritation chimique, l'on pourra recourir à des moyens purement physiques, tels que massage énergique des plaques, brossage avec une brosse dure, faradisation des plaques.

TRAITEMENT DE L'ENTERO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE INFANTILE.

(René GIFFARD.)

D'après l'auteur, la constipation est la cause principale de cette forme d'entérite : pour la combattre, les moyens sont nombreux :

L'*Huile de ricin* employée à petites doses, c'est-à-dire une ou deux cuillerées à café le matin au réveil, donne d'excellents résultats. On peut la prendre mélangée à du jus d'orange, à du café noir, à du cassis, à du sirop de menthe. On peut, d'ailleurs, la donner aussi en capsules. De l'avis de tous, *c'est le meilleur laxatif* : on peut, également, l'alterner avec les graines ou avec les poudres suivantes :

Magnésie calcinée...............	⎫
Soufre lavé......................	⎬ àâ
Crème de tartre..................	⎭

c'est le mélange que G. Sée prescrivait avant chaque repas à la dose d'une cuillerée à café.

La *podophylle*, le *cascara sagrada*, l'*évonymine*, peuvent déterminer des douleurs ; on les associe alors à la belladone et à la jusquiame.

Podophyllin	0 gr. 02
Extrait de belladone..................	0 gr. 02
Cascara sagrada.............	0 gr. 05 à 0 gr. 10

pour une pilule à prendre le soir.

Les crises douloureuses qui simulent les coliques hépatiques, néphritiques, l'appendicite, sont habituellement suivies d'une débâcle intestinale avec expulsion de scybales et de muco-membranes. On ordonnera alors le *repos* au lit, l'application de *compresses chaudes* et à l'intérieur la *belladone* ou le *menthol*.

Menthol	0 gr. 20
Alcool..........................	Q. S. pour dissoudre.
Sirop simple....................	25 grammes.
Eau	100 cent. cubes.

La *codéine* est aussi un bon sédatif de la douleur et elle ne constipe pas. Mathieu prescrit :

Codéine	0 gr. 20
Eau de laurier-cerise.............	25 grammes.
Eau distillée.....................	75 grammes.

De une à cinq cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

Mais l'indication essentielle est de provoquer l'expulsion des muco-membranes par des *lavages* ou des *purgatifs doux*, puisque c'est là la cause du spasme douloureux.

Contre la constipation encore, le *lavage de l'intestin* donnera d'excellents résultats dans les formes plus accentuées. Au premier lavage, un grand soulagement se produit et si l'intestin ne se

débarrasse pas dès le premier jour de son contenu, les lavages suivants provoquent une débâcle de scybales et de muco-membranes.

Mais ces lavages ne peuvent être donnés quotidiennement pendant longtemps ; on alternera avec les grands *lavements huileux* qui, d'après Fleiner, seraient le remède par excellence dans les cas où il existe du spasme de l'intestin.

Fleiner fait passer 400 ou 500 grammes d'huile dans l'intestin d'un adulte. La quantité sera au moins moitié moindre pour un enfant. Le malade, couché, s'incline d'abord à gauche pour faire pénétrer l'huile dans l'S iliaque, puis à droite pour que la pénétration ait lieu ensuite dans les autres parties du gros intestin. D'après Fleiner, dans la partie inférieure du gros intestin, l'huile protège la muqueuse contre les scybales indurées ; dans la partie supérieure, elle se décomposerait en glycérine et en acides gras et acquerrait alors des propriétés laxatives.

En tous cas, ces lavements agissent merveilleusement, mais ils ont l'inconvénient d'être longs : un demi-litre d'huile met presque une demi-heure pour pénétrer entièrement. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, sept. 1903.)

SUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES ARTHRITES PAR LA DETERMINATION D'UN AFFLUX SANGUIN DANS L'ARTICLE MALADE.

En dehors de la clinique nosocomiale, il est très difficile dans la pratique urbaine de collectionner un nombre de cas analogues suffisants pour constituer une statistique de valeur. Aussi désirerais-je attirer l'attention de confrères mieux placés que moi, sur les deux faits suivants, de manière à solliciter l'expérimentation sur une plus vaste échelle.

Voici les deux observations que je résume brièvement pour en tirer la conclusion nécessaire et indiquer la voie expérimentale dans laquelle il conviendrait d'entrer ; ce mode de traitement s'appliquerait surtout aux arthrites de l'enfance et de l'adolescence.

Observation I. — Femme de 58 ans. Antécédents strumeux. Cicatrice d'abcès froid à la partie supérieure de la cuisse datant du jeune âge ; claudication. A perdu, tuberculeuse, une fille de 25 ans.

Développement lent à l'âge susdit d'une arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne, à la jambe déjà atteinte dans le jeune âge. Traitement ordinaire : immobilisation, pointes de feu. Amélioration. Rechute, et intervention chirurgicale du Dr G..., chirurgien des hôpitaux. Amélioration durant deux ans, mais persistance d'une fistule. Puis aggravation considérable ; fistules multiples ; douleurs intolérables. La malade rentre à la clinique du Dr A... pour se faire amputer. Celui-ci se contente de traverser les parties malades, en plusieurs endroits, par le fer rouge. Sortie de la clinique, et à partir de ce moment, mise en pratique, sur le conseil du Dr A.. de la méthode de Biehr.

Chaque jour, application du genou de la bande d'Esmarch, jusqu'à

ce que l'articulation malade devienne absolument livide. La durée d'application est de vingt minutes.

Depuis dix-huit mois que le traitement de Biëhr est mis en œuvre, une notable amélioration s'est produite. La douleur a disparu ; trois fistules sur cinq se sont taries ; la suppuration a beaucoup diminué ; la malade, qui ne quittait pas le lit, se lève et marche avec des béquilles.

Observation II. — Jeune homme, 25 ans. Arthrite tibio-tarsienne blennorrhagique. Douleurs suraiguës. Rougeur et gonflement diffus. Mise en gouttière ; pas d'amélioration. Au bout de quatre semaines, traitement par le bain de pieds térébenthiné (méthode Howard, Pinknez et Balzer). Après chaque bain, afflux considérable de sang dans l'articulation ; rougeur et gonflement intenses comme dans la méthode de Biëhr ; puis diminution lente de l'enflure. Chaque bain reproduit les mêmes phénomènes ; mais après la poussée déterminée par le bain, une grande amélioration : disparition lente du gonflement, diminution des douleurs, retour des mouvements. Après le huitième bain, le malade est en bonne voie de guérison.

Que conclure de tout cela ? En somme, dans les deux cas, il y a grand afflux de sang dans l'article malade ; dans l'un, cet afflux est produit par un moyen mécanique ; dans l'autre par la grande chaleur du bain et l'action irritante de la térébenthine. Ne serait-il pas intéressant de renverser la proposition, et de traiter une arthrite tuberculeuse par les bains térébenthinés, et une arthrite blennorrhagique par la méthode de Biëhr ?

Comme aujourd'hui, on veut tout expliquer par la théorie microbienne; qu'on me permette de rappeler brièvement l'explication que Biëhr a donnée de son procédé. Pour lui, sous l'influence de l'afflux du sang dans l'article, et de l'augmentation de pression, il se fait une exhalaison du sérum sanguin, et les bacilles de Koch périssent dans ce milieu impropre à leur existence. Ce raisonnement pourrait tout aussi bien s'appliquer au gonocoque. Mais n'y a-t-il pas là plutôt une augmentation de la vitalité des tissus, sous l'influence d'une stagnation momentanée d'une plus grande quantité de sang qui stimule les extrémités nerveuses ?

Et, si nous généralisons la question, ne peut-on pas se demander si, quand nous appliquons des sinapismes, des ventouses, des vésicatoires, des pointes de feu, et même de la teinture d'iode, nous n'agissons pas, en dehors des manifestations cutanées qui se produisent, directement sur la lésion, en y amenant un afflux de sang nouveau qui active la circulation des produits inflammatoires stagnants, et augmente la résistance des tissus malades ? Il y a là une nouvelle théorie à examiner, qui pourrait être grosse de conséquences.

Dr Potin.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

APPAREIL POUR LES INJECTIONS DE SERUM

Nos lecteurs trouveront sans doute intéressante la reproduction par quelques figures très claires de l'appareil proposé par M. Vicario pour les injections de sérum physiologique.

Cet appareil, d'une grande simplicité, peut être employé à l'aide

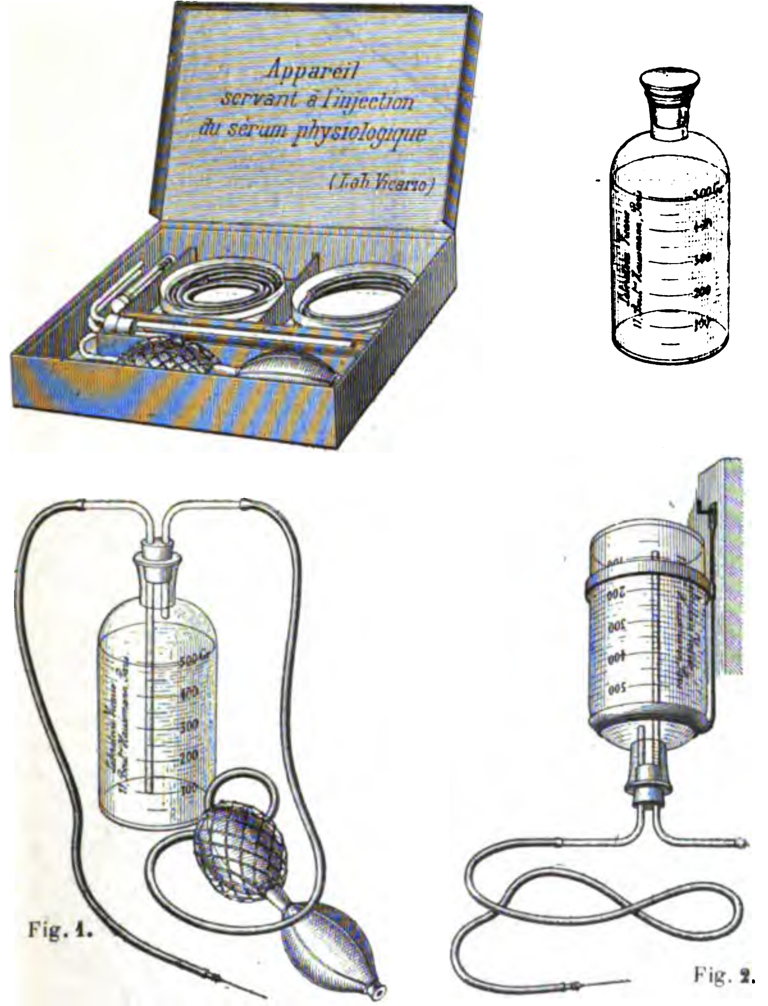


Fig. 1.

Fig. 2.

d'une soufflerie ainsi que l'indique la figure 1 ; mais pour les injecteurs à doses plus élevées, on peut pratiquer l'injection par la simple pression de la pesanteur à la manière du bock (fig. 2).

Toutes les pièces de ces appareils sont stérilisables.

NOTES DE PRATIQUE

L'emplâtre au calomel contre la syphilis. — La formule de l'emplâtre au calomel employé à l'hôpital Saint-Louis par Quinquaud est la suivante :

Emplâtre diachylon des hôpitaux............... 3.000 parties.
Calomel à la vapeur.............. 1.000 —
Huile de ricin.... 300 —

La préparation est étendue sur des bandes de la longueur et de la largeur habituelles aux rouleaux d'emplâtre, de sorte que chaque décimètre carré contient environ 1 gr. 20 de calomel.

On s'assure à l'avance que l'emplâtre collera bien et adhérera bien intimement à la peau. Cette recommandation n'est pas sans utrətə Recommander de faire l'empetlʅi. assez mou. On peut rempiɔaâl l'emplâtre au calomel par l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*.

On arrondit légèrement les coins de l'emplâtre ; on l'applique, après avoir légèrement fait ramollir au besoin, soit en ceinture, en avant on en arrière, soit latéralement à droite ou à gauche. La peau sous-jacente aura été bien nettoyée au préalable, puis séchée.

La grandeur des morceaux d'emplâtre varie selon l'âge et le sexe.

Chez l'homme...... 10 sur 12 c.
Chez la femme..... 8 sur 10 c.
Changer chaque semaine.

Chez l'enfant, la longueur de l'emplâtre doit excéder non pas relativement, mais absolument, celle qu'on emploie chez l'adulte. Au lieu de 5 centimètres sur 10, on peut aller jusqu'à 10 sur 15 et plus, 20 par exemple chez les tout jeunes enfants, non seulement sans inconvénient aucun, mais avec grand profit pour les petits syphilitiques ainsi traités.

En même temps qu'à l'enfant, on peut appliquer un emplâtre à la mère qui l'allaite.

Tous les huit jours, on enlève .'emplâtre, on lave la place, et on en pose un autre sur une autre région.

Si pendant les huit jours d'application l'emplâtre devient trop sale, on le change.

Mode d'action. — Le chlorure de sodium et les sudorates alcalins contenus dans la sueur transforment petit à petit le protochlorure insoluble en bichlorure soluble, qui s'absorbe et agit d'une façon continue. On retrouve le mercure dans l'urine.

Effets. — A. *Locaux*. — La seule conséquence de l'application peut être d'entraîner, surtout chez l'enfant, un peu de desquamation au-dessous de l'emplâtre par macération de l'épiderme, mais sans éruption d'aucune sorte, ni sous l'emplâtre, ni autour de ce topique.

B. *Généraux*. — On observe très rarement de la stomatite. L'organisme est sous l'influence continuelle du médicament, mais le mercure n'est jamais en circulation qu'en quantité modérée.

Sur les lésions spécifiques, l'emplâtre au calomel montre une puissance d'action égale aux autres préparations mercurielles.

Indications. — On donne la préférence à l'emplâtre au calomel sur les autres mercuriaux dans les conditions suivantes : *intolérance de l'estomac* ou *de l'intestin* pour la médication interne, nécessité d'un *traitement secret*, etc. (Ch. Gillet, *Médications nouvelles* pour 1904.)

Lithiase biliaire ; sténose pylorique ; cholécystectomie ; guérison, M. Villard. — Il s'agissait d'une femme de 38 ans, souffrant depuis une huitaine d'années de douleurs vagues dans l'hypochondre droit et de troubles digestifs mal définis. Depuis quatre ans les phénomènes douloureux s'étaient accrus et précisés sous forme de coliques hépatiques assez nettes, bien qu'à aucun moment il n'y ait eu trace d'ictère. Parallèlement était survenue de la dilatation gastrique avec lenteur de la digestion, perte de l'appétit et amaigrissement notable.

Au moment où je me suis décidé à intervenir, la malade souffrait constamment, et il était facile de percevoir dans la région sous-hépatique une vésicule biliaire volumineuse et indurée.

Une laparotomie latérale me conduisit directement sur la vésicule qui était du volume d'une grosse poire, distendue et déprimait par sa masse la première partie du duodénum sous-jacent, causant par ce

mécanisme les symptômes de sténose partielle du pylore. Les parois cystiques étaient épaissies, sans qu'il y eût d'adhérences véritables aux organes voisins. Je me décidai à pratiquer la cholécystectomie espérant ainsi mieux parer aux accidents gastriques. Je pus faire l'ablation de l'organe par décollement sous-péritonéal, ayant trouvé un plan de clivage facile, sauf du côté du foie. Arrivé au canal cystique j'enlevai la vésicule avec son contenu, après avoir placé deux pinces sur le pédicule pour éviter l'issue de tout liquide septique. La pince du canal cystique fut remplacée par une ligature au catgut enfouie dans trois points de suture. Je laissai une mèche de drainage dans l'entonnoir formé par le décollement péritonéal, et, comme il était facile de le prévoir, les suites furent simples et apyrétiques. La malade est aujourd'hui guérie, sans avoir présenté aucun écoulement biliaire par la plaie.

La vésicule contenait six gros calculs et une bile épaisse et visqueuse.

Ce fait mérite de retenir l'attention à plusieurs points de vue. Tout d'abord par le manuel opératoire suivi de décollement sous-péritonéal que j'ai pu pratiquer, on a singulièrement facilité les manœuvres, et en tous cas mis à l'abri des dangers d'infection qui auraient pu se produire si la vésicule s'était rompue au cours de l'intervention. C'est là un procédé d'un usage très probablement exceptionnel, mais qui est facilité par les épaississements péritonéaux des parois de la vésicule, et qui, le cas échéant, pourra être utilisé avec avantage.

D'autre part, j'estime que le mécanisme de compression qui produisait la rétention gastrique était une indication de la cholécystectomie, peu en faveur actuellement, car, à mon sens, les faits que j'ai déjà observés me font penser que la cholécystectomie ne doit pas être aussi rarement employée qu'elle n'est. Cette opération évite les ennuis des fistules biliaires souvent interminables qui accompagnent la simple incision de la vésicule et les opérations itératives qui peuvent en devenir la conséquence.

(*Soc. de chir. de Lyon*, nov. 1903.)

Traitement de l'endométrite. — Heinrich se sert d'une pince de 25 centimètres de longueur, construite dans le genre des pinces à pansement. Les mors présentent une courbure appropriée à celle de l'utérus et se terminent par un demi-cercle, disposé de telle sorte qu'au repos la pince est renflée en un disque de 2 mm. 5 de diamètre. Le col est ensuite lavé au sublimé et la pince est introduite dans la cavité utérine; cette dernière manœuvre n'est pas toujours aisée; on peut la faciliter, en abaissant l'utérus au moyen de la main gauche qui déprime l'abdomen, en arrière de la symphyse.

Une fois la pince introduite, on en écarte les mors, et le liquide cautérisant, dont on a soin de baigner le col, est aspiré et vient au contact de toutes les parties de la cavité corporéale, qui est ainsi maintenue dilatée. D'ailleurs, on n'a pas à craindre que des contractions utérines intempestives fassent refluer le liquide dans les trompes, car il existe toujours entre les mors de la pince un espace suffisant pour l'écoulement. Les cautérisations doivent être pratiquées tous les 8 à 14 jours, suivant l'activité du liquide employé. Dans ce but, Heinrich recommande surtout :

a) Contre l'endométrite corporéale, le formol à 10-20 %.

b) Contre l'endométrite cervicale, le chlorure de zinc jusqu'à 50 %.

c) Contre les stades chroniques de l'endométrite blennorrhagique (sans lésions annexielles), le nitrate d'argent à 1-10 %.

En général, trois à cinq applications suffisent.

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

APPLICABLES A L'OBSTÉTRIQUE ET A LA PÉDIATRIE

Poudre soluble d'adrénaline (MANSIER). — L'adrénaline, bien que tout récemment découverte, commence à devenir d'un emploi journalier, et la plupart des pharmaciens en sont déjà approvisionnés.

L'extrême dilution à laquelle on fait usage du principe actif des capsules surrénales rend les pesées toujours minutieuses et, en pratique, parfois impossibles. Pour la même raison, sa dissolution par l'acide chlorhydrique étendu exige beaucoup de soin, mais le plus grand inconvénient qu'on puisse lui reprocher réside dans son excessive altérabilité.

Peu de temps après sa préparation, elle se colore par suite d'oxydation ; d'abondants flocons brunâtres ne tardent pas à apparaître et, si l'on filtre la solution, la liqueur filtrée est dépourvue de toute activité.

Il serait donc avantageux de posséder une poudre soluble et facilement maniable, permettant au pharmacien de délivrer toujours des solutions irréprochables en les préparant au moment du besoin.

Les formules que je propose, basées sur la facile solubilité de l'adrénaline dans l'eau boriquée et sur l'action conservatrice de l'acide citrique, semblent réaliser ces *desiderata*.

Poudre citro-boriquée d'adrénaline, au centième.

Adrénaline	0. gr. 05
Acide citrique	0 gr. 10
Acide borique finement pulvérisé	4 gr. 85

On triture l'adrénaline avec l'acide citrique et environ quatre fois son volume d'acide borique ; on ajoute peu à peu le reste de l'acide, et l'on passe au tamis fin à différentes reprises pour assurer une répartition régulière.

Un centigramme de cette poudre correspond exactement à deux gouttes de la solution au millième, qui est le plus souvent prescrite.

Cette poudre boriquée au centième est soluble dans l'eau et peut être utilisée toutes les fois qu'il s'agit de très faibles quantités de substance active à ajouter à une solution ou à une pommade.

Lorsque le titre de la solution devra être supérieur à 1/3000, on aura recours à la solution citroboriquée au dixième, parce qu'alors la solution d'acide borique contenue dans la poudre au centième dépasserait son maximum de solubilité dans l'eau à la température moyenne.

Pour terminer, ajoutons que, pour que l'acide borique puisse être ainsi employé, le pharmacien ne pouvant prendre sur lui de faire une pareille addition, bien qu'il la sache parfaitement inoffensive, le médecin devra prendre l'habitude de spécifier sur ses formules : *Solution citro-boriquée d'adrénaline au millième.*

13349. -- MACON, IMP. X. PERROUX.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA CONTAGION ET L'ETIOLOGIE DU CANCER,

par le Dr Lutaud.

La trop courte communication faite dans une de nos précédentes séances par M. Isch-Wall, sur la contagion des cancers, appelle de nouveau l'attention sur une question qui n'a jamais cessé d'être à l'ordre du jour depuis qu'il existe des cliniciens et des histologistes ; la bactériologie, sur laquelle on comptait beaucoup pour résoudre ce grand problème étiologique, n'ayant pas tenu jusqu'à présent ses promesses, il faut revenir aux théories qui ont déjà été longtemps discutées par nos pères : parmi celles-ci, la contagiosité est une des plus anciennes.

Je n'ai certes pas la prétention de résoudre le problème, mais je vous demanderai la permission de vous exposer quelques considérations génerales basées sur une observation clinique de près de trente années. Je ne connais pas de milieu où la question posée par M. Isch-Wall puisse être discutée avec plus de compétence ; sous le titre trop modeste de Société d'arrondissement, notre Compagnie renferme, outre des praticiens expérimentés, un très grand nombre de savants adonnés aux pratiques modernes de l'étiologie et de la bactériologie.

En premier lieu je dirai que la tendance qui consiste à considérer le cancer comme contagieux est aussi soutenable, cliniquement, que celle qui considère comme transmissible la tuberculose ou la lèpre. Cette théorie peut du reste s'accorder très bien avec les deux grandes écoles qui ont livré des batailles sur cette question : l'une considérant le cancer une affection diathésique constitutionnelle, une maladie du sang ; l'autre le considérant comme une affection purement locale à son origine. Cette dernière hypothèse étant admise, le cancer serait assimilé au chancre mou et par conséquent contagieux et inoculable.

Mais vous savez tous que le cancer n'est pas inoculable ; les tentatives si multiples faites depuis vingt ans, non seulement sur les animaux, mais aussi sur l'homme, ont toutes échoué ou n'ont donné que des résultats si incertains qu'il a été impossible d'en tirer aucune conclusion.

Pour les animaux, le champ d'expériences est cependant facile, puisque le cancer est exceptionnellement fréquent dans toutes les espèces et qu'on y retrouve les mêmes tumeurs malignes que chez nous.

Chez l'homme, des inoculations ont été faites à différentes reprises et n'ont pas donné de résultats probants. Vous vous souvenez du scandale soulevé, il y a quelques années, par un chirurgien de Reims qui, profitant du sommeil anesthésique d'une femme opérée pour un carcinome du sein droit, lui inocula de la substance cancéreuse dans le sein gauche sans avoir au préalable obtenu son assentiment. Cette expérience *in animâ vili*, ne donna pas de résultats. Il ne nous reste donc, à l'appui de la contagiosité, que les faits rapportés par M. Isch-Wall et par un très grand nombre d'auteurs.

Je vais rapidement les examiner. Nous avons d'abord trois amis qui se réunissent souvent pour pêcher sur le même bateau; l'un d'eux a un épithélioma de la langue, meurt; les deux autres succombent à un cancer de l'estomac dans les trois années qui suivent.

Une mère a un cancer du sein : sa fillette ne tarde pas à en avoir un.

Je ne veux pas continuer l'énumération de faits qui se ressemblent tous; je sais bien que l'auteur n'a présenté que des résumés succincts, mais les développements qu'il aurait pu donner à ses observations n'en auraient pas augmenté la valeur au point de vue spécial qui nous occupe. Ainsi que plusieurs de mes collègues l'ont fait remarquer dans cette même séance, les faits de ce genre ne sont pas concluants ; les adversaires de la contagion pourront toujours dire qu'il s'agit là de simples coïncidences. La démonstration de la transmissibilité d'une affection comme le cancer, ne peut se faire que par inoculation.

Si je n'ose prendre en considération la première série des cas cités par M. Isch-Wall, j'ai été au contraire vivement intéressé par les observations, trop résumées à mon avis, dans lesquelles il appelle l'attention sur les relations qui existent entre la leucocytose et les tumeurs malignes *au point de vue de la contagion*.

J'ai moi-même été frappé des relations qui existent entre la leucémie et le cancer, mais je n'ai pas tiré de ce fait les mêmes déductions ; j'ai simplement constaté que l'existence de la leucocytose favorisait l'extension et le développement des tumeurs malignes chez le même individu ; mais de là à affirmer qu'elle favorise la contagion d'un individu à l'autre, il y a un abîme.

Mais avant de parler du rôle que peut jouer la leucémie, je

désire réfuter les assertions et les déductions pour le moins hypothétiques que nous a données M. Isch-Wall.

Notre confrère nous parle de cancers du pénis observés chez des individus ayant cohabité avec des femmes atteintes de cancers utérins. Je vous demande, messieurs, de réfléchir quelques instants. Y a-t-il une muqueuse plus sensible, plus susceptible d'inoculation que le gland? Connaissez-vous un organe plus favorable à la réceptivité morbide?

Eh bien, nous savons tous que le cancer du pénis est d'une excessive rareté, tandis que les tumeurs malignes de l'utérus sont d'une extrême fréquence. Chez la femme le cancer utérin peut durer une année et plus, se manifestant par des symptômes cliniques sans aucun retentissement sur l'état général et n'appelant pas l'attention des malades; pendant cette période parfois fort longue, les femmes ont une existence sexuelle des plus actives et cependant le coït a pu être pratiqué des centaines et des milliers de fois sans qu'aucun fait probant de contamination ait pu être produit. J'ai soigné un grand nombre de prostituées libres atteintes de cancer du col, qui avaient des rapports sexuels fréquents avec des individus différents; si la transmissibilité était possible elle aurait certainement eu lieu, car le contact intime d'un gland souvent excorié et du col pendant le coït équivaut presque à une inoculation.

Je ne crois donc pas qu'on puisse invoquer le cancer du pénis comme une preuve de la contagion ; l'extrême rareté des tumeurs malignes de la verge comparée à la fréquence de ces mêmes tumeurs sur le col utérin, me paraît au contraire la meilleure démonstration de leur non-transmissibilité.

Quant aux autres cas de cancer observés chez les membres d'une même famille, ils me paraissent démontrer non pas la contagion, mais l'*Hérédité* que tous les auteurs, depuis Hippocrate, ont été unanimes à signaler.

Dans une discussion justement célèbre qui eut lieu à la *Société pathologique* de Londres en 1894, Sir James Paget soutenait que le cancer était une affection constitutionnelle, une maladie du sang (*blood disease*); à l'appui de cette thèse, il invoquait l'hérédité; ses recherches personnelles lui permettaient d'affirmer que, dans vingt pour cent des cas, on observait l'hérédité.

Des statistiques plus récentes et plus précises sont venues confirmer la fréquence de l'hérédité signalée par les auteurs anciens.

Le professeur Viet a eu l'ingénieuse idée de rechercher la

fréquence du cancer dans les Pays-Bas ; il a voulu faire un véritable recensement, et des circulaires ont été adressées à tous les praticiens afin de connaître le nombre des cancéreux en traitement à la fin de l'année 1900; quoique tous les médecins n'aient pas répondu, ce qui enlève à la statistique sa valeur absolue, elle n'en conserve pas moins une valeur relative en ce qui concerne l'hérédité, le seul point qui m'intéresse en ce moment.

Voici ce qu'elle a donné :

Dans 19,7 pour cent des cas, l'hérédité a été constatée.

Il ne s'agit pas dans ces cas de cancers observés chez les membres d'une même famille *vivant ensemble* et chez lesquels on pourrait invoquer la contagion, mais de tumeurs malignes observées chez les ascendants, ou des collatéraux ayant succombé longtemps avant l'époque où le descendant a été atteint de la même maladie.

Des statistiques semblables et assez rigoureuses relevées en Allemagne et en Italie, ont donné des résultats à peu près semblables.

On retrouve donc l'hérédité dans un cas sur cinq ; n'est-ce pas un point étiologique qui doive retenir davantage notre attention, que les faits si contestables de contagion directe ?

L'étiologie par contagion est assez à la mode aujourd'hui, j'en conviens, surtout depuis qu'un certain nombre de guérisseurs ont proposé des sérums spécifiques ; je ne contesterai pas, du reste, la valeur de procédés thérapeutiques dont le temps fera justice et qui apportent toujours l'espérance aux malades en même temps qu'ils viennent soulager le praticien souvent à bout de ressources dans les cas désespérés. Je dirai seulement, à propos des nouveaux sérums, qui viennent d'être bruyamment annoncés dans nos académies, que d'autres sérums aussi efficaces avaient déjà été lancés les années précédentes. Mais ne blâmons pas les méthodes thérapeutiques proposées aux désespérés ; demandons seulement qu'elles soient inoffensives et honnêtement appliquées.

Je crois donc que ce n'est pas dans l'idée de la contagion que nous trouverons des éléments de nature à satisfaire l'esprit de recherche scientifique qui caractérise notre époque ; ce n'est pas non plus là que le médecin trouvera des indications thérapeutiques.

A part les mesures de propreté, de prophylaxie et d'hygiène qui s'imposent non seulement entre malades, mais entre individus sains ; à part la satisfaction morale qu'éprouve tout être

humain à l'idée que le mal qui l'envahit n'est pas né *en lui* et lui a été donné par *un autre*; à part ces considérations générales, où nous conduit l'hypothèse de la contagion au point de vue thérapeutique? A rien.

Or la médecine n'est pas seulement prophylactique, elle est surtout curative. Quand vous ressassez aux individus les truismes qu'on voit maintenant étalés sur tous nos murs concernant la prévention des maladies transmissibles (je veux bien qu'on y fasse figurer le cancer) ; quand vous aurez répandu partout la terreur ; quand vous aurez inspiré à la moitié de l'humanité la défiance contre l'autre moitié, cela ne vous empêchera pas de vous trouver parfois en face d'un mal acquis, inéluctable, dont on vous demandera la guérison.

Or je prétends qu'il faut chercher ailleurs que dans l'hypothèse de la contagion, la thérapeutique rationnelle du cancer basée sur son étiologie.

Il faut d'abord, à mon avis, abandonner l'hypothèse microbienne, cette hantise qui a détourné depuis plus de vingt ans les médecins des recherches pathologiques vraies, et retourner au point de départ de toutes les formations de tissus normaux ou anormaux, c'est-à-dire à la *cellule*.

Avant de chercher si le cancer peut se transmettre d'un individu à un autre, il faut d'abord chercher comment il se forme sur l'individu et comment il se transmet d'un tissu à un autre, chez ce même individu.

Je voudrais d'abord vous démontrer que le cancer n'est pas une affection provenant d'une infection générale de l'économie, mais qu'il apparait primitivement comme un simple accident local avant de se propager aux autres tissus de l'économie.

A ceux qui émettent l'hypothèse que les tumeurs malignes sont le résultat d'une infection générale du sang, je leur répondrai :

Si le fluide sanguin tenait en suspension le virus cancéreux, nous devrions trouver chez l'individu porteur du poison, quelques symptômes qui précéderaient l'apparition de la tumeur ; nous savons cependant qu'il n'en est rien et que le cancer débute presque toujours au milieu de la santé la plus florissante ; bien plus, nous avons souvent remarqué une amélioration de la santé générale au moment où la tumeur cancéreuse se déclare. Comment expliquer tous ces faits si l'on admet l'hypothèse de l'infection par le sang?

Nous possédons des observations authentiques de tumeurs

carcinomateuses qui n'ont jamais récidivé après l'ablation; si nous avions été en présence d'une affection générale ayant infecté tout l'organisme pourrions-nous supposer qu'une simple opération chirurgicale eût pu nous débarrasser de cette infection? Les cas où le cancer n'a jamais récidivé après une première ablation sont rares, mais ceux où les malades ont joui de plusieurs années d'excellente santé entre deux opérations sont communs.

Pendant que la tumeur carcinomateuse se développe et infecte les tissus voisins, pendant même l'existence de la cachexie cancéreuse les autres plaies qui peuvent accidentellement survenir suivront leur marche normale et se cicatriseront avec la plus grande facilité.

Les raisons qui font rejeter le cancer comme maladie infectieuse du fluide sanguin s'opposent également à l'admission de l'hypothèse qui place le poison cancéreux dans les globules blancs ou qui donne à ces globules une influence spéciale dans la production de la maladie. Nous savons, en effet, que les globules blancs passent librement à travers les tissus de l'organisme, et qu'ils jouent un rôle important dans le phénomène de la nutrition; mais nous ne saurions admettre que chaque globule a une fonction particulière, que les uns sont destinés aux muscles, au cerveau et à différents organes, et que les autres sont spécialement affectés à la formation des tumeurs cancéreuses. Ce serait là une simple hypothèse qui a été, il est vrai, admise pour expliquer la spécificité et la transmission des maladies bacillaires, mais qui ne saurait nous donner satisfaction pour expliquer l'étiologie des tumeurs bénignes ou malignes qui envahissent l'économie. C'est à dessein que je mentionne ici les tumeurs *malignes* ou *bénignes* parce qu'il existe entre tous les néoplasmes, quelle qu'en soit la variété clinique, une frappante analogie dans leur formation primitive.

Bien plus, il me paraît démontré que certaines tumeurs, d'abord bénignes, peuvent se transformer en tumeurs malignes.

Mais il faut d'abord signaler les différences essentielles qui peuvent exister entre le carcinome et les autres tumeurs malignes ou bien entre ces dernières ou une tumeur quelconque. Il est bien évident qu'il s'agit ici des différences qui peuvent exister au point de vue étiologique, car nous savons que, cliniquement et histologiquement, elles sont nombreuses. Prenons pour exemple un lipome : une tumeur se développe

sans cause connue dans le tissu adipeux et croît indéfiniment jusqu'au point d'amincir la peau et de l'ulcérer ; cette tumeur est quelquefois héréditaire, elle peut être une ou multiple et peut récidiver après l'ablation. Là s'arrêtent son histoire et ses points de comparaison avec le cancer. Nous pouvons seulement poser la déduction suivante qui a une grande importance au point de vue clinique : *plus la structure d'une tumeur se rapproche d'un tissu normal de l'organisme, plus l'action de cette tumeur est bénigne.* Mais, pour en revenir à la genèse du lipome, nous savons qu'il existe entre cette tumeur et le carcinome de frappantes analogies quant à leur mode de formation.

Prenons un autre exemple, l'enchondrome. Le plus souvent cette tumeur présente à son origine exactement la même structure que le tissu cartilagineux normal et, le plus souvent aussi, elle se limite à son point d'origine sans trop empiéter sur les tissus voisins. Néanmoins, nous savons que l'enchondrome peut subir dans sa structure des changements importants. Il peut prendre celle du tissu osseux, se transformer en sarcome, arriver au ramollissement et acquérir tous les caractères cliniques et histologiques d'une tumeur maligne.

La même remarque peut être faite pour le fibrome, dont la structure se rapproche d'un tissu normal et qui peut néanmoins dégénérer en fibro-sarcome.

Pourquoi ces changements se produisent-ils dans certaines tumeurs ? Il est difficile de le dire ; nous pouvons seulement constater que *beaucoup de tumeurs qui ont à leur début la structure d'un tissu normal ont une tendance à s'écarter des lois qui président ordinairement à la formation des tissus sains.* C'est ce qui explique comment une tumeur dite bénigne peut, à un moment donné, devenir maligne et produire chez l'individu qui en est porteur d'aussi pernicieux effets que le carcinome.

C'est donc dans la transformation cellulaire, dans les modifications intra-nucléaires que peut subir une cellule normale qu'il faut chercher l'étiologie du cancer. C'est de ce côté qu'ont porté les recherches les plus récentes sur lesquelles j'appellerai rapidement votre attention.

Vous savez que le cancer a été l'objet de travaux très importants en Angleterre, sous l'impulsion d'un comité patronné par le roi et qui a mis des sommes considérables à la disposition des savants.

Dans un premier travail publié dans la « Lancet », le

26 décembre 1903, portant sur les analogies qui existent entre le développement des cellules, des tumeurs malignes chez l'homme et le développement des cellules normales des tissus de la reproduction, le professeur Farmer a fait les observations suivantes :

1° Les phénomènes mitosiques sont identiques dans toutes les cellules somatiques ;

2° Ces phénomènes mitosiques sont différents pour les cellules qui se développent dans les ovaires et les testicules, formant ce que l'auteur désigne sous le nom de *mitose hétérotypique.*

Or l'observation a conduit les expérimentateurs à cette constatation intéressante que, dans les tumeurs malignes, la division nucléaire s'éloigne du type de la cellule somatique, pour se rapprocher de la mitose observée dans la cellule des tissus des organes de la reproduction. En résumé, la mitose cellulaire est normale ou *homotypique* dans les tumeurs bénignes ; elle est *hétérotypique* dans les tissus composant le cancer.

Cette analogie dans le développement des tissus cancéreux et le développement des organes reproductifs avait déjà été signalée en 1896 par Beatson, d'Edimbourg, qui avait émis l'opinion « que le cancer consiste dans une prolifération épithéliale analogue à celle qu'on observe dans l'épithélium germinatif » ; Beatson ajoute : « J'explique le processus cancéreux par ce fait que l'épithélium de la muqueuse affectée a revêtu les propriétés de l'épithélium germinatif. »

On voit que l'hypothèse émise par ce praticien se trouve relativement confirmée par les travaux histologiques récents.

J'ajouterai que Beatson avait cherché une application de sa théorie en pratiquant l'ovophorectomie double chez les femmes atteintes de cancers inopérables. Cette méthode thérapeutique, imitée par un certain nombre d'opérateurs, a semblé donner des résultats favorables en retardant l'évolution du carcinome utérin ; je crois savoir que notre collègue Guinard a pratiqué l'ovocriotomie dans un cas de cancer du sein, et a observé la diminution du volume de la tumeur, sans toutefois arriver à aucune conclusion.

Les travaux plus récents encore de Bashford et de Murray, sont venus confirmer les opinions de Farmer. Le cadre de cette communication ne me permet pas même de les résumer. J'en ferai seulement connaître quelques points essentiels :

1° On observe sur les animaux vertébrés les mêmes tumeurs

malignes que chez l'homme, et ces tumeurs présentent des caractères identiques, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathologique et histologique;

2° On ne peut transmettre le cancer d'un animal à l'autre par inoculation, mais seulement par transplantation ou greffe; la reproduction cellulaire se fait seulement sur la partie de la tumeur transplantée et non sur les tissus de l'animal sur lequel elle a été transplantée.

Ces auteurs arrivent à cette conclusion générale, que le cancer est la manifestation anormale et locale d'un processus qui se produit naturellement dans tous les êtres organisés.

Mais avant de tirer de ces faits les déductions qu'ils comportent, je désire appeler votre attention sur l'observation faite si judicieusement par M. Isch-Wall, sur la coexistence de la leucocytose et des tumeurs malignes.

J'ai fait moi-même, depuis longtemps, la même observation, mais je ne suis pas encore arrivé à déterminer si la leucémie est la conséquence ou la cause du cancer. Les deux théories peuvent être soutenues.

Il est évident que l'état général assez vague désigné sous le nom de *cachexie* qu'on observe toujours lorsqu'une tumeur maligne a exercé ses ravages sur l'économie, n'est autre chose qu'une *leucémie* dont la cause nous est connue; mais la leucémie prédispose-t-elle au cancer lorsqu'elle existe antérieurement à l'apparition du cancer?

Les observations personnelles que j'ai recueillies me permettent de le supposer.

Vous savez que la *leucémie*, souvent désignée sous le nom de *lymphadénie*, coïncide toujours avec un développement exagéré des vaisseaux lymphatiques, et avec une production anormale du tissu lymphoïde; c'est déjà là une tendance à la prolifération des cellules qui, d'abord normales, constituent l'état morbide par leur prolifération excessive. Mais j'estime en outre que le développement des lymphatiques ne peut que favoriser le développement rapide dans l'organisme des cellules cancéreuses qui se forment accidentellement sur un point quelconque de l'économie.

La *migration* de la cellule morbide est un des points les plus intéressants de la pathologie du cancer; pourquoi les tumeurs malignes ont-elles une tendance à envahir rapidement le voisinage des tissus dans lesquels elles ont pris naissance, alors que les tumeurs bénignes, dont le lipome est le type, restent le plus souvent localisées? C'est parce que le cancer

est presque toujours enclavé dans les tissus sains sans être limité par aucune capsule ou membrane, et que la mitose s'effectue sans obstacle en faisant rapidement rayonner dans les tissus voisins les cellules épithéliales germinatives de nouvelle formation.

Il est donc tout à fait rationnel d'admettre que la lymphadénie aggrave considérablement le pronostic du cancer en favorisant la migration de la cellule morbide.

Il est du reste bien connu que le pronostic du cancer dépend souvent du point où les premiers noyaux se sont manifestés et que les tumeurs du sein et de l'utérus revêtent une malignité plus grave qu'on peut attribuer à la richesse des vaisseaux lymphatiques de la région qui en favorise la diffusion.

Je résume cette communication déjà longue en disant :

Le cancer n'est pas une affection diathésique ou constitutionnelle.

Il n'est pas inoculable et aucun des faits observés jusqu'à ce jour ne nous permet d'affirmer qu'il est contagieux.

Le cancer a toujours une origine locale due à la prolifération anormale de cellules existant normalement dans l'économie.

La production initiale de la cellule qui détermine la tumeur maligne ne diffère pas sensiblement de la production anormale qui détermine la formation des tumeurs dites bénignes.

La gravité du pronostic semble due à l'absence d'encapsulage de la tumeur, au développement des lymphatiques avoisinant le point où les cellules morbides ont pris naissance.

La leucémie semble favoriser le développement rapide des tissus cancéreux et leur généralisation dans l'économie.

Il est permis de dire que, si le chirurgien pouvait toujours intervenir *dès le début* de la formation de la première agglomération des cellules anormales, la guérison du cancer serait assurée ; il existe de nombreuses observations démontrant que l'ablation des tissus cancéreux effectuée *dès le début* n'a pas été suivie de récidive.

Je termine en disant que les intérêts des malades seraient lésés si l'opinion qui considère le cancer comme une maladie diathésique était généralisée. Cette idée ne pourrait qu'augmenter l'hésitation qu'éprouvent déjà trop de personnes à se laisser enlever les tumeurs dès le début de leur apparition.

L'ÉLECTRICITÉ DANS LES AFFECTIONS DE L'INTESTIN

Par le Dr LAQUERRIÈRE.

Jusqu'à ces dernières années on conseillait parfois l'électrothérapie dans les cas graves de constipation, de diarrhée, ou d'entérocolite; mais d'une façon vague et sans aucune technique nettement établie, chaque auteur, en particulier, en ce qui concerne la constipation, avait sa méthode qu'il appliquait à tous les cas systématiquement.

En 1900, Larat déclarait dans son Traité que, malgré l'opinion exprimée dans les livres classiques d'électrothérapie, la constipation était extrêmement rebelle à l'action des divers courants.

A cette époque je partageais absolument cette manière de voir avec mon maître Apostoli, bien que les applications locales de tel ou tel courant nous ayant donné parfois par hasard un résultat brillant. nous ne nous occupions plus que de traiter l'état général (neurasthénie, arthritisme, etc.), parce que souvent ainsi on obtenait le retour à la normale du fonctionnement intestinal.

Tel était l'état de la question quand nous entreprîmes, mon ami Delherm, alors interne du Dr Mathieu, et moi, de la préciser.

Une longue série d'expériences (1) sur les animaux nous permit de définir l'action des divers courants sur l'intestin, action qui n'avait pas jusqu'alors était étudiée d'une façon complète.

D'autre part, une étude clinique portant sur des cas très nombreux nous permettait de juger la question thérapeutique.

Nous eûmes alors la raison de l'inconstance des résultats observés jusque-là par l'emploi des diverses méthodes.

Ainsi en ce qui concerne la constipation, chaque praticien avait employé une méthode uniforme dans tous les cas où il se proposait comme but de réveiller le péristaltisme de l'organe, et il employait pour cela des excitations brusques, des chocs, etc.

Or, nos expériences nous montraient que ces chocs n'excitaient pas le péristaltisme, mais étaient capables comme tous les traumatismes, surtout s'ils étaient fréquemment répétés, de produire une contracture pathologique. D'autre part, nous constations sur nos malades, dès qu'il n'y avait pas une constipation mais des constipations et qu'en particulier toutes sortes de différences étiologiques pouvant elles-mêmes comporter soit des trai-

(1) Laquerrière et Delherm. *Diverses notes* à la Société de Biologie et à la Société d'Electrothérapie et *Etudes sur la contractilité électrique de l'intestin grêle.* (Annales d'Electrobiologie 1901-1902.)

tements spéciaux, soit des traitements adjuvants, qu'il fallait au point de vue symptomatique tenir compte de la division en atoniques et spasmodiques établie par Fleiner et admise à peu près généralement aujourd'hui. Cette division a entraîné dans les méthodes classiques et spécialement dans les procédés pharmaceutiques une distinction très nette entre ce qu'on pourrait appeler les méthodes de force (purgatif excito-musculaire, massage, gymnastique, etc., qu'il faut réserver aux atoniques) et les méthodes de douceur (lavages à faible pression, huile de ricin à faible dose, belladone, valériane, effleurage léger, etc.), qu'on emploie chez les spasmodiques. Aussi étions-nous conduits à chercher à côté des méthodes électriques de force, presque exclusivement employées jusque-là, des méthodes de douceur.

Enfin nous constations qu'à côté des actions motrices recherchées auparavant, on pouvait demander à l'électricité toutes sortes d'influence dont le rôle était en certains cas de tout premier ordre, et Delherm, par exemple, démontrait la sédation (1) des plexus sympathiques abdominaux, obtenue à l'aide du courant continu à haute intensité.

M. le professeur Doumer (de Lille) fit à la même époque connaître une nouvelle méthode de traitement électrique de l'entérocolite muco-membraneuse, qui donne vraiment des résultats extrêmement heureux, mais que nous n'acceptâmes pas cependant dans son entier, parce que son auteur l'appliquait à tous les cas systématiquement, alors que nous pensons que là aussi il y a des distinctions à faire.

Sans vouloir m'étendre sur ces distinctions que nous avons apportées (2) qui nous ont fait accuser d'embrouiller la question mais qui nous semblent indispensables parce qu'elles expliquent l'inconstance des résultats quand on applique le même raitement à tous les malades, je dirai simplement que nous préconisons une série de procédés, dont quelques-uns seulement nous sont personnels, mais que l'originalité de nos méthodes consiste dans l'application, basée sur la physiologie et la clinique, de chacun d'eux à des cas déterminés.

En somme, nous constations que chaque modalité électrique répondait à des états particuliers du tube intestinal et que

(1) Delherm. Comment peut-on mesurer l'action analgésiante de l'électricité sur les algies du plexus solaire. — Société d'électrothérapie, 1901.

(2) DELHERM. — *Le traitement électrique de la constipation et de l'entérocolite muco-membraneuse.* Thèse de Paris, 1903, médaille d'argent de la Faculté.)

c'était en établissant les indications de chacune d'elles qu'on pouvait compter obtenir des résultats aussi constants qu'il est possible de les espérer en clinique.

Je vous demande la permission de résumer notre pratique dans ses grandes lignes, mais je laisserai de côté les constipations symptomatiques (constipation des génitopathes, des gastriques, des hépatiques, des hémorrhoïdaires, des fissuraires — occlusions intestinales — coliques de plomb) où le traitement électrique approprié est souvent le traitement de choix, me contentant de vous rappeler que dans la fissure à l'anus, les applications de hautes fréquences donnent un soulagement considérable dès la première séance et guérissent en quelques séances.

Dans les diarrhées la faradisation à gros fil avec deux larges électrodes placées l'une à l'abdomen, l'autre aux lombes. en séances prolongées (une demi-heure ou plus) procure l'espacement des selles dès les premières séances et la disparition de la diarrhée au bout d'un certain nombre de séances. Dans la diarrhée tuberculeuse en particulier, sans qu'il y ait comme le montrent ultérieurement les nécropsies, de modification des lésions, le résultat symptomatique est extrêmement satisfaisant.

Dans les constipations légères même ayant résisté à toutes sortes de traitements, le bain statique avec quelques variations d'application suivant que l'atonie ou le spasme prédomine donne des résultats à peu près constants.

Dans la constipation intense à forme atonique, le courant continu avec interruptions répétées, la faradisation avec chocs espacés réveillent la tonicité de la paroi et par l'excitation des muscles striés superficiels occasionnent un massage des masses sous-jacentes ; le tout donnant des résultats en général assez rapides mais, naturellement, variables suivant l'état de sénilité du sujet, le degré d'entéroptose, etc.

Enfin dans la constipation spasmodique nous utilisons des procédés de douceur, soit le courant continu à très haute dose, soit ce même courant continu associé à un très léger courant faradique suivant une technique qui nous est personnelle.

Quant à l'entéro-colite nous utilisons des procédés variés suivant la symptomatologie (constipation, alternance de diarrhée, diarrhée continue, algies des plexus abdominaux, etc).

Pour ces deux dernières catégories je m'étendrai un peu plus sur nos résultats : parce que d'abord il s'agit d'affections difficiles à guérir par toutes les méthodes, parce qu'aussi la série

d'observations, répondant à ces deux groupes, série qui a été publiée dans la thèse de Delherm (1), a été prise dans des conditions telles qu'elle permet, mieux que les observations concernant d'autres troubles intestinaux, de se rendre compte de l'efficacité de la thérapeutique que nous préconisons.

Tous les malades, en effet, de la thèse de Delherm nous ont été envoyés avec un diagnostic établi depuis longtemps : ils avaient subi sans résultats toutes sortes de procédés pharmaceutiques, des cures d'eau minérale, des massages, des régimes, etc., etc., enfin ils avaient en dernier lieu été soumis à des prescriptions hygiéniques et alimentaires les plus classiques.

La très grande majorité nous était envoyée par le docteur Mathieu, quelques autres par notre ami le docteur Labelle. Tous étaient donc des échecs avérés et manifestes de la thérapeutique bien conduite.

Or, voici quels ont été les résultats sur ces malades qu'on pouvait considérer comme au rebut.

Constipation chronique (forme spasmodique). — Nous avons traités 41 malades, tous étaient constipés depuis longtemps — certains n'avaient jamais eu de selles spontanées depuis des années, la plupart depuis un ou deux ans.

Nous avons en général obtenu le régime des selles spontanées entre la première et la douzième séance, et sur les 41 cas observés, 36 sont arrivés à avoir des garde-robes quotidiennes sans avoir recours à aucun procédé artificiel.

Les résultats sont d'autant plus rapides que le patient se soumet plus aveuglément aux prescriptions très précises que le médecin doit imposer. C'est une véritable *rééducation* des fonctions physiologiques de l'intestin qu'il s'agit de faire, ce n'est qu'avec quelque patience de part et d'autre qu'on arrive à ce résultat.

En ce qui concerne la constipation *quantitative*, nos malades présentaient presque tous des exonérations incomplètes, laissant après elles des pesanteurs abdominales, des lourdeurs de tête, des bouffées de chaleur. Sous l'action du traitement nous avons toujours vu des modifications favorables. Il en a été de même pour la *constipation qualitative* ; disparition des billes, augmentation de volume des matières, aspect plus normal de la garde-robe, disparition des glaires.

Nous avons également pu constater la disparition de la corde colique douloureuse, et, dans bien des cas, de phénomènes gastriques concomitants. Avec la disparition de la constipation

(1) Laquerrière et Delherm. — Etude clinique sur le traitement électrique de la constipation et de la colite muco-membraneuse. — *Annales d'Electrobiologie* n° 2, 3, 4, 5, 1903.

a coïncidé une amélioration très nette des phénomènes de neurasthénie. La meilleure preuve qu'on puisse donner de ces changements consiste dans l'étude de la courbe du poids, qui nous a presque toujours montré une augmentation de 2 à 5 kilogrammes.

L'étude des *résultats éloignés* est certainement la plus intéressante de notre sujet. Sur 41 cas traités, dont 36 guéris, 29 ont pu être revus depuis la cessation du traitement qui, pour certains, remonte à 18 mois, et 26 ont conservé les résultats acquis; nous entendons par là la faculté pour le malade d'avoir des selles spontanées sans être obligé d'avoir recours à une médication quelconque.

Entérocolite. — Chez tous nos sujets, le début des troubles intestinaux remontait à des dates éloignées, par exemple dans les formes à constipation, les selles spontanées avaient disparu depuis longtemps. Dans ces formes le régime des selles quotidiennes spontanées s'est établi en général vers la quinzième séance.

La constipation, les crises de diarrhées, etc., ont été améliorées puis ont disparu. Les glaires ont disparu en même temps que les selles régulières s'établissaient, sauf dans quatre cas où elles ont seulement diminué considérablement.

En ce qui concerne le poids, la moyenne du gain a oscillé entre 2 et 5 kilogrammes, et un de nos malades a gagné 10 kilogrammes.

D'autre part, il y a eu amélioration à peu près constante de l'état gastrique, de l'état général, des troubles neurasthéniques, etc.

En somme sur 29 observations, 26 malades, à la fin du traitement, avaient au minimum 25 selles par mois, ne présentaient plus ni glaires, ni crises diarrhéiques, ni douleurs; 16 ont été revus ultérieurement, deux avaient présenté une rechute complète, une malade avait à nouveau présenté quelques troubles intestinaux quand son état mental nécessita l'internement 5 mois après la fin du traitement. Deux avaient eu une légère rechute jugulée par quelques séances, 11 conservaient les résultats acquis durant des périodes atteignant pour certains plus de deux années.

Ces résultats, pour ces malades, ont été contrôlés par M. le Dr Mathieu qui a bien voulu depuis préconiser à la Société de thérapeutique les traitements électriques des affections du tube intestinal. M. le Professeur Bordier, de Lyon, a confirmé certains de nos résultats ainsi que le professeur J. Costa, de

Buenos-Ayres, et notre confrère, le docteur Bloch, de Paris. MM. Soupault, de Paris, Lagrange et Glénard, de Vichy, ont bien voulu s'intéresser à nos travaux et suivre plusieurs de nos malades. En un mot, il semble que nous ayions modifié l'état de suspicion dans lequel étaient placés facilement les traitements électriques et que nos recherches aient forcé l'attention des spécialistes.

Sans vouloir prétendre que tous les troubles intestinaux céderont à l'électricité, et qu'elle doit être employée à l'exclusion de toute autre thérapeutique, ce qui serait loin de ce que nous considérons, Delherm et moi, comme la vérité, nous pensons qu'en concevant autrement (1) qu'on ne l'avait fait jusqu'alors le rôle de l'électricité, qu'en évitant la généralisation à tous les cas d'un procédé uniforme, qu'en basant l'emploi des divers courants pour chaque forme de maladie, sur la physiologie et la clinique, nous avons permis à cet agent physique de devenir un procédé des plus sérieux qui a déjà guéri souvent là où les méthodes classiques avaient échoué.

M. Marchais. — Notre confrère nous a parlé de cas de constipation opiniâtre ayant résisté à tous les traitements, dont le massage, et guéris par l'électricité.

Ces cas, à mon avis, seraient moins nombreux si les méde-

UNE NOUVELLE PELLICULE (FILM) COMME PANSEMENT EN CHIRURGIE

Par M. Peyton T. B. Beale.

Bien que la gaze cyanide dont on se sert généralement pour les pansements soit assez bonne, elle ne me paraît pas suffire à toutes les exigences. On s'en sert d'ordinaire de la façon suivante. Une pièce de gaze cyanide de dix couches, humectée de quelque antiseptique est mise sur la plaie de façon à l'entourer tout autour sur un espace de 3 centimètres. Au-dessus, on place encore quelques couches de gaze sèche qui, à leur tour, sont protégées par du coton stérilisé ou par de la laine imprégnée d'un antiseptique tel que l'acide salicylique ou borique. Cette laine dépasse toujours la gaze de quelques centimètres et le pansement est tenu en place par des bandes plus ou moins serrées.

Pour que le pansement ne glisse pas, il faut qu'il soit bien fixé. Bien entendu ce dernier, à cause de son épaisseur et de

(1) Laquerrière et Delherm, *Conception nouvelle du rôle de l'électricité dans les affections intestinales.* (Mémoire couronné par l'Académie de médecine 1903.)

la chaleur qu'il dégage, n'est pas très confortable pour le malade. De plus, pour examiner la plaie, il faut l'enlever à chaque visite. Cet enlèvement devra s'accomplir chaque fois avec les « précautions antiseptiques » les plus minutieuses.

Si nous employons une telle épaisseur de pansement, c'est pour éviter l'accès de la plaie aux germes septiques de l'extérieur. On me dit que feu sir Georges M. Humphrey, de l'hôpital Addenbrooke, Cambridge, trouvait, avant l'introduction des méthodes antiseptiques et aseptiques, que les amputations se cicatrisaient mieux, exposées à l'air et à la lumière, et c'est pour cela qu'il exposait le moignon hors des draps, plaçant le malade devant la fenêtre. De cette façon la suppuration ne survenait que rarement. Je crois que si nous employions cette méthode aujourd'hui avec l'antisepsie, nous obtiendrions même de meilleurs résultats, mais il serait impossible de trouver de l'air pur dans n'importe quelle ville, de même qu'il ne serait pas possible, pour d'autres raisons, d'agir ainsi dans nos hôpitaux.

Faute de mieux, la meilleure chose, c'est de fermer hermétiquement les plaies avec une substance qui soit imperméable aux gaz et aux germes, et sur laquelle nous puissions appliquer la pression nécessaire. Se servir d'une telle substance serait un pansement idéal.

Depuis un an, grâce à la bonne volonté de M. Walter Reid, directeur gérant de la Compagnie Velvril, je me suis servi des pellicules (films) minces d'une substance nommée Velvril, comme pansement, et jusqu'à présent je l'ai appliquée dans plus de cent cas avec les résultats les plus satisfaisants.

Le Velvril est un des nombreux dérivés de la cellulose. On l'emploie sous forme de pellicules de n'importe quelle épaisseur et il possède les propriétés caractéristiques suivantes :

Il est transparent, quoique de couleur jaunâtre, il est absoment imperméable à tous les germes ordinaires, ainsi qu'aux impuretés atmosphériques : il est résistant, flexible et très durable, facile à stériliser par les moyens ordinaires, et peut être plongé dans de l'eau bouillante pendant longtemps sans subir aucun changement appréciable. On peut aussi le dissoudre dans l'acétone (acide pyro-acétique) et sa solution dans ce liquide n'irrite aucunement une plaie même récente. Le produit est par sa fabrication même absolument stérile. Après des expériences répétées, j'ai constaté que la méthode suivante donne des résultats parfaits et uniformes. Il est bien entendu, que les précautions habituelles de stérilisation de la

peau du malade, des mains du chirurgien et de tous les instruments, serviettes, linge, éponge, etc., doivent être prises.

Une fois l'opération faite, il faut découper un morceau de la pellicule Velvril stérilisée, assez grand pour couvrir la plaie, et la peau tout autour sur une étendue de trois centimètres environ et en tous sens. Si l'on veut drainer, il faut faire une ouverture assez grande pour laisser passer le drain ou la gaze. De plus il faut que la plaie soit aussi sèche que possible, et si les moyens ordinaires ne suffisent pas à arrêter le suintement, le lavage de la plaie avec 50 0/0 d'alcool et de l'eau stérilisée sera très efficace. Le morceau de pellicule doit être mis sur une compresse bouillie jusqu'au moment où on s'en sert. Si, par hasard, la surface exposée de la pellicule devient humide, on la sèche doucement avec un lambeau de laine stérilisée à l'acétone.

La plaie une fois suturée, on la lave ainsi que la peau qui l'entoure avec de l'acétone en ne se servant que de compresses sèches. Alors on badigeonne la plaie et la peau sur trois centimètres environ avec la solution Velvril, et on place la pellicule (film) dessus, la surface sensible en contact avec la plaie. Sur la pellicule on met un tampon de coton stérilisé (1) et on entoure le tout d'un bandage que l'on serre autant qu'il est nécessaire. Il est bon que ce dernier comprime bien, surtout les douze premières heures. Le lavage préalable de la plaie et de la peau avec de l'acétone est fait pour enlever toute trace d'eau. Alors la solution et la pellicule adhèrent si étroitement qu'il devient absolument impossible qu'aucun gaz ou germe n'arrive jusqu'à la plaie. Si on laisse la pellicule en place sans y toucher elle tombera toute seule dans les dix ou douze jours qui suivent : en même temps qu'elle, tombera la couche superficielle des cellules de l'épiderme. Si quelques fragments de coton adhèrent à la pellicule, pour qu'elle devienne transparente, il suffit de la nettoyer à l'aide d'une éponge.

Pour enlever la pellicule on n'a qu'à placer une compresse humide dessus pendant une ou deux minutes : alors on soulève un coin de la pellicule qui se retire facilement.

D'ordinaire on peut le faire le cinquième jour quand les bords de la plaie seront réunis complètement, et l'on peut enlever les sutures. Il est à noter que la pellicule enlevée, les bords de la peau se montrent réunis d'une façon complète,

(1) La laine salicytique fait un meilleur tampon que la laine buvarde, c'est plus ferme et plus souple.

aussi voit-on la peau autour de la cicatrice réunie, et avoir une apparence propre, la cicatrice étant figurée par une raie pourpre et mince. Quelquefois il y a une effusion assez marquée de sang entre la pellicule et la plaie, mais les cas où la cicatrice ne se réunit pas par première intention sont rares.

Lorsqu'on veut drainer, il vaut mieux placer le drain au bas de l'incision et ensuite le couvrir d'un pansement stérile absorbant. Le meilleur procédé, c'est de faire une incision dans la peau à côté de la plaie pour livrer passage au drain et cela aussi loin que possible de la plaie. Dans certains cas, il n'est pas possible de comprimer la plaie. Mais alors, sous le bandage on peut trouver une grande quantité de sérum au-dessous de la pellicule ; le plus souvent au-dessous de la peau.

Cet accident est survenu quelquefois ; mais le liquide est généralement absorbé au bout de peu de jours et il a suffi de garder en place la pellicule quelques jours de plus.

Certains disent que l'on ne saurait appliquer un tel pansement sur une surface inégale, par exemple sur une plaie axillaire après une opération consistant dans l'enlèvement de ganglions. Cela n'est pas, car avec un peu d'habitude dans ces cas, l'emploi de la pellicule est facile et beaucoup plus sûr qu'un pansement ordinaire.

Lorsque les fils sont enlevés, on lave la plaie avec une solution phéniquée à 1 pour 40 suivie d'un peu d'acétone pour enlever l'eau. Chaque point de suture peut alors être touché légèrement avec une solution de Velvril. Il est plus prudent ensuite d'appliquer un bandage de coton afin de protéger la cicatrice des accidents pendant quelques jours. Dans le cas d'une plaie tout à fait sèche la pellicule peut être laissée au grand air. Dans la plupart des cas, le malade ne ressent pas cette démangeaison qu'accompagne la cicatrisation d'une plaie sous le pansement ordinaire.

Quoique diverses espèces de pellicules aient été employées pour panser les plaies, je crois que, jusqu'ici, on n'a pas réussi à avoir des résultats satisfaisants durables. Dans une autre communication (Phonograf of clinical Teaching 1898) j'ai indiqué l'emploi de l'alcool sur les plaies comme possédant une supériorité sur les autres germicides : de plus sa valeur comme hémostatique capillaire est remarquable. En appliquant la pellicule sur une plaie qui saigne, il peut se faire un écoulement sanguin qui se placera entre la pellicule et la peau

et qui durera quelques minutes dans quelques cas. C'est parce que la solution et la pellicule n'ont pas eu le temps d'adhérer à la peau et à la plaie. Dans ces cas, il faut comprimer le pansement fortement pendant quelques minutes, et la pellicule adhérera définitivement. J'ai souvent vérifié cette expérience sur de petites blessures de mes mains : j'ai toujours eu des résultats très satisfaisants en employant la solution et la pellicule dans les plaies septiques : abcès, furoncles, etc. : le processus inflammatoire disparaît très rapidement sous l'influence de la solution. Je ne sais pas encore si ces résultats sont dus au dissolvant, au Velvril ou à l'exclusion d'air. J'espère un jour apporter sur ce point quelques éclaircissements.

J'adresse tous mes remerciements à M. Reid et à la Compagnie Velvril pour l'aide qu'ils m'ont donnée dans mes expériences avec le Velvril, aussi bien que pour la peine qu'ils se sont donnée pour la préparation des pellicules que j'ai employées dans mon service.

Le Velvril est une substance très remarquable. Je crois que dans peu de temps il va remplacer la toile protective huilée ou cirée de caoutchouc mince, de même que la gomme élastique dans la pratique chirurgicale. Dans le commerce son emploi est des plus étendus. Il est, pour ainsi dire, indestructible et se conserve sans changer sa composition s'il est soumis aux températures ordinaires.

THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE ET ANAL

Dans tous les cas de prurit, la surveillance du régime alimentaire (suppression des viandes, de la charcuterie, des épices, du vin, etc.), et l'emploi de sels laxatifs (sels de Seignette, sulfate de soude, sel de Carlsbad, une cuillerée à café à jeun 20 jours de suite), rendent les plus grands services.

Dans le prurit anal, on recommandera en plus, matin et soir, des lotions d'eau très chaude, boriquée ou phéniquée ; après la lotion, onction avec la pommade suivante :

Lanoline	3	grammes.
Vaseline	2	—
Huile d'olives	2	—
Essence de menthe	15	gouttes

M. Brocq recommande les suppositoires suivants, qui seront introduits après l'onction à la pommade :

Beurre de cacao	3 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 02 à gr. 05
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 02 à gr. 05

pour un suppositoire.

Le prurit anal est-il causé par des oxyures, Siving recommande les formules suivantes en onctions, matin et soir :

Calomel	3 grammes.
Lanoline	30 —

Ou bien .

Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
Sous-nitrate de bismuth	2 —
Lanoline	20 —

En même temps, on combattra directement les oxyures, par un mélange à l'intérieur de calomel et de santonine. La dose de santonine est de 1 centigramme par année d'âge. Le calomel peut être donné à dose double et triple :

Santonine	3 centigr.
Calomel	10 —

pour un enfant de 3 ans.

Des lavements d'eau vinaigrée à 1/3 ou à 1/4 pourront être employés dans le même but.

Le prurit est-il lié à des varices anales ! Une des pommades suivantes pourra être employée en onctions matin et soir :

Lanoline	20 grammes.
Vaseline	20 —
Teinture de benjoin	10 —
Extrait d'hamamelis	5 —
Ergotine	5 —
Us. ext.	

Ou bien :

Huile de lin	20 grammes.
Eau de chaux	20 —
Oxyde de zinc	20 —
Extrait d'hydrastis	10 —
Extrait d'hamamelis	10 —
Iodoforme	6 —
Us. ext.	

L'hamamelis et l'hydrastis passent pour exercer une action sur la tunique musculeuse des veines.

Dans les cas de prurit ordinaire, citons encore les badigeonnages d'alcool mentholé :

Menthol	1 gramme.
Alcool	40 —

Les badigeonnages de nitrate d'argent :

Nitrate d'argent	1	gramme.
Eau distillée	10	—

Conviendront également les topiques suivants :

Liniment oléo-calcaire	200	grammes.
Acide phénique	4	—

Ou bien :

Résorcine	4	grammes.
Eau distillée	200	—

Après l'application de chaque topique, les parties externes seront saupoudrées à l'aide d'une poudre inerte.

Le prurit anal est-il rebelle ? Des cautérisations ignées superficielles amèneront du soulagement.

Une difficulté à cette méthode préconisée par Unna : il faut chloroformer le malade.

Les scarifications linéaires quadrillées peuvent également être pratiquées. Le praticien ne recourra guère à semblables procédés. Après avoir usé de lavages chauds et de l'un des topiques énumérés ci-dessus, il fera une dernière recommandation : avoir soin de n'aller à la garde-robe qu'après avoir pris un lavement huileux et avoir enduit l'anus de vaseline.

PANSEMENT DES PLAIES AVEC LE PERMANGANATE DE POTASSE

M. le Dr Carles vient de faire connaître les résultats obtenus avec cette substance employée systématiquement comme substance antiseptique dans les pansements les plus divers d'une consultation d'hôpital, où plus de 700 malades ont été soumis à son usage.

La solution employée était titrée à 1 gramme de permanganate de potasse pour 1000 d'eau distillée.

On l'a utilisée pour le simple lavage des plaies infectées ou non infectées, pour les pansements humides, pour les injections dans les foyers purulents ou les trajets fistuleux, parfois sous forme de mèches ou de compresses légèrement humides recouvertes immédiatement de coton sans aucun imperméable.

L'emploi de ces divers procédés, variables selon les cas, a permis de se faire une idée complète de l'utilité du permanganate comme antiseptique et de son innocuité absolue.

En application sur les vieilles plaies, sur les ulcères chroniques de jambe, variqueux ou consécutifs à des brûlures, sur des plaies liées à l'existence d'une tuberculose osseuse ou ganglionnaire, il a rendu de précieux services.

Il a permis de désinfecter rapidement de vieux clapiers, d'énormes ulcères qui arrivaient souvent recouverts de paille, de journaux ou de chiffons sales. Grâce à deux ou trois applications, on obtenait une plaie de bon aspect, bien rouge, sans avoir, comme

avec d'autres antiseptiques, des éruptions médicamenteuses ou des phénomènes douloureux. Associé ou alternant ensuite avec l'application d'une bande élastique ou de plaques de zinc, il a permis d'arriver à bout de certains ulcères vieux de plusieurs mois, et que leurs porteurs avaient pris l'habitude de considérer comme incurables.

Mais c'est surtout pour le traitement des foyers purulents et des plaies contuses et infectées qu'il a rendu les plus précieux services.

On y a recours pour le pansement de nombreux panaris, d'abcès de sièges divers ; on l'a employé pour des écrasements de doigts des plaies par armes à feu, furoncles, abcès du sein, etc.

Sans parler de son absence totale de pouvoir irritant en solution à 1/1000, et de tout danger d'intoxication, il semble posséder, à titre plus élevé, un certain pouvoir analgésique, que Goldstein avait déjà noté en le préconisant pour le traitement des brûlures. Il possède peut-être aussi une action spéciale sur les tissus tuberculeux.

On objectera sans doute qu'il tache le linge et les doigts. Mais c'est là un bien petit inconvénient, puisqu'il suffit d'une solution de bisulfite de soude à 50 centimètres cubes de sel saturée p. 1000, de sel d'oseille à 3 p. 100 ou d'acide tartrique concentré pour tout faire disparaître. Ce n'est pas là ce qui augmente beaucoup son prix de revient, très peu considérable, et c'est un moyen d'obtenir une désinfection complète.

Son mode d'action paraît résider dans ce fait que c'est un oxydant des plus énergiques qui dégage peu à peu de l'oxygène au contact des matières organiques. Mais de plus, M. Carles pense qu'il tire aussi son importance de l'action du manganèse qui, d'après les théories récentes favorise l'activité des ferments cellulaires. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DE L'ATROPHIE INFANTILE PAR LE BABEURRE (LAIT BATTU). (Dr P. de Sagher.)

Ces deux ou trois dernières années, de nombreux médecins d'enfants se sont occupés de l'alimentation des nourrissons sains et dyspeptiques par le babeurre.

Les cliniciens les plus distingués tels que : Baginski, Heubner, Solttman sont unanimes à reconnaître les bienfaits que procure ce mode d'alimentation dans certains cas morbides de l'enfance.

Ayant eu personnellement l'occasion d'essayer le babeurre, dont j'ai obtenu d'excellents résultats, j'ai pensé rendre service à mes confrères en leur relatant l'observation et les renseignements suivants :

*
* *

Le babeurre, appelé aussi lait de beurre ou lait battu, est la partie

liquide que laisse la fabrication du beurre. C'est un liquide jaunâtre tenant en suspension des grumeaux de caséine.

Dans nos régions il n'est guère employé que pour nourrir les porcs.

Il n'en est pas de même dans les Flandres et les Pays-Bas où il constitue un aliment très apprécié non seulement par les classes nécessiteuses, mais également par la bourgeoisie.

En 1895, le médecin hollandais de Jager fit paraître un article où il recommandait le babeurre dans l'alimentation du nourrisson. Ce fut le point de départ de toutes les recherches qu'entreprirent sur ce sujet les médecins pour la plupart allemands et hollandais.

Le babeurre n'est pas administré tel quel, mais doit subir une préparation spéciale dont voici les détails :

Dans une petite quantité de babeurre on dilue une forte cuillerée à soupe (15 gr. environ) de farine de froment, riz, arrow-rot, orge, maïs ou farine alimentaire spécialisée. On ajoute la quantité de babeurre nécessaire à parfaire un litre et le mélange est porté à l'ébullition sur feu doux en agitant sans cesse (une agitation continue et très vive est indispensable pour obtenir des grumeaux suffisamment fins) ; le chauffage doit être lentement progressif de façon à ce que l'ébullition ne se produise qu'au bout d'environ vingt-cinq minutes. On laisse monter le lait trois fois, puis on ajoute 70 à 90 grammes de sucre (15-18 morceaux). Le babeurre refroidi est ainsi prêt à être bu.

Il faut veiller à ce que récipient et cuiller ne soient pas d'un métal soluble. Une casserole bien émaillée et une cuillère en bois conviennent parfaitement.

Par le refroidissement et le repos, le babeurre se sépare en deux couches : l'une intérieure de caséine coagulée en grumeaux, l'autre de petit lait. Il faut donc toujours agiter le babeurre avant de le donner à l'enfant.

Les règles d'administration de ces aliments sont les mêmes que celles du lait. On donnera en général un biberon toutes les trois heures et une fois seulement la nuit (sept fois en vingt-quatre heures).

La quantité donnée à chaque tétée variera naturellement suivant l'âge, le poids, l'état des voies digestives.

Il arrive fréquemment que l'enfant refuse le babeurre dont le goût ne lui plaît pas. En espaçant plus longuement les tétées, le nourrisson, poussé par la faim, finira par accepter ce qu'il refusait d'abord.

Les indications du babeurre sont nombreuses.

D'une façon générale on peut dire qu'il peut être essayé dans la plupart des variétés de dyspepsies gastro-intestinales, qu'elles soient aiguës ou chroniques.

Il réussit particulièrement bien dans les gastro-entérites chroniques alors qu'aucun autre aliment n'est supporté ; de même chez les atrophiques qui, malgré un bon fonctionnement apparent du tube digestif, ne parviennent pas à gagner en poids.

Le lait de beurre pourrait aussi servir à nourrir avantageusement l'enfant privé du sein maternel. C'est un aliment de peu de valeur marchande et qui se vend à très bas prix, point qui a son importance au point de vue social.

*
* *

Le mode d'action du babeurre s'explique par la pauvreté de celui-ci en matières grasses, facteur très important dans les dyspepsies aiguës ; par la très fine division de la caséine réalisée mécaniquement dans la fabrication du beurre, par la richesse en acide lactique qui s'oppose aux fermentations anormales et à la putréfaction de la caséine et agit d'une façon septique en présence de l'acide chlorhydrique en empêchant l'action tardive et souvent nuisible du labferment.

DOCIMASIE PULMONAIRE POSITIVE CHEZ DEUX ENFANTS MORT-NÉS

Par Maurice d'Halluin, chargé des travaux de physiologie (1).

Lors d'accouchement clandestin avec soupçon d'infanticide, les médecins-légistes, chargés de vérifier les assertions de la mère, ne manquant pas de dire que l'enfant est mort, effectuent sur le cadavre de l'enfant une série de recherches destinées à démontrer si l'enfant a vécu ou non.

L'épreuve de la docimasie pulmonaire basée sur le fait de la densité plus grande du poumon à l'état fœtal, est une de celles qui ont le plus d'importance. Elle complète les résultats obtenus par l'examen préalable des organes thoraciques ou autres et permet le plus souvent d'affirmer que l'enfant a respiré ou non. Les causes d'erreur sont, en général, faciles à dépister, si l'on en excepte toutefois la résorption spontanée de l'air des alvéoles, phénomène heureusement rare et diversement interprété d'ailleurs. Parmi les autres causes, il en est une que nous retenons seule : **l'insufflation pulmonaire**. En médecine légale, il est vrai, cette source d'erreur peut être considérée comme pratiquement nulle pour deux raisons :

1° Cette manœuvre suppose la présence d'un médecin ou d'un témoin et par suite l'accouchement n'est point clandestin;

2° Dans le cas (fort improbable du reste) où la mère aurait elle-même pratiqué la respiration artificielle, il est possible de déceler cette manœuvre.

Nous ne contestons pas la première proposition. Quant à la seconde, nous pensons que, dans la plupart des cas, il est possible, et même facile de reconnaître si l'on a pratiqué la respiration artificielle. Plusieurs signes permettent d'en avoir une certitude absolue : 1° la présence d'emphysème sous-pleural ; 2° la présence d'ilots ayant conservé l'état fœtal ; 3° l'anémie du poumon ; 4° l'absence de fines bulles d'air chassées par expression du fond des alvéoles pulmonaires ; 5° la chute au fond de l'eau après

(1) Communication à la Société Anatomo-Clinique de Lille.

compression ; 6° la présence (dans certains cas) d'air dans l'estomac.

Malgré tous ces signes, le doute, sinon l'erreur, est possible. Nous en avons eu la preuve, et nous avons cru intéressant de présenter le fait à la Société.

Dans une précédente communication, nous avons rapporté deux expériences de reviviscence faites sur des cœurs d'enfants mort-nés. Dans un premier cas, plus de 24 heures après la mort, nous avons eu un insuccès. Dans un second cas, 7 heures après la mort, nous avons obtenu des battements qui ont pu être provoqués encore 36 heures après la mort. — En possession de ces deux cadavres d'enfants, nous voulions savoir le plus exactement possible l'heure de la mort et nous assurer que les enfants, n'ayant point respiré, étaient par conséquent véritablement mort-nés. Nous comptions sur la docimasie pulmonaire pour vérifier l'assertion des témoins.

1er Cas. — Voici, en résumé, les points saillants de la note que nous a remise M. Dubois sur la marche de l'accouchement :

A 10 h. 30, rupture de la poche des eaux, le liquide amniotique est teinté de méconium, « les battements sont normaux ». A 11 h. 30, la tête n'a point bougé et se trouve toujours au niveau du détroit supérieur. « Le liquide amniotique s'écoule teinté de méconium et les battements fœtaux sont douteux, mais en tout cas bien affaiblis. » On juge une intervention nécessaire, et la dilatation n'étant point complète, on fait usage du dilatateur de Tarnier. A 12 h. 30, on fait une application de forceps au détroit. L'enfant est extrait rapidement. « Il apparaît bleu, cyanosé, en état de mort. On essaie tous les moyens pour le rappeler à la vie, immersion dans l'eau froide et dans l'eau chaude, *insufflation avec le tube de Ribemont*, compression rythmique du thorax, tractions de la langue, manœuvre de Schultze, tout est inutile. »

Le cadavre nous parvient seulement le lendemain.

A l'ouverture de la cage thoracique nous trouvons les organes ayant la disposition qu'ils présentent chez les enfants ayant respiré.

On enlève l'appareil thymo-cardio-pulmonaire qui pèse 124 gr.

Le rapport du poids de cet appareil au poids total du corps est de 1/70 quand l'enfant n'a pas respiré, il est de 1/35 environ si l'enfant a respiré ; dans le cas présent le rapport est de 1/27.

Tous ces organes surnagent si on les jette dans l'eau.

Après enlèvement du cœur et du tymus et séparation des deux poumons, chaque poumon surnage. Les lobes pulmonaires sont alors coupés en petits fragments et jetés dans l'eau, *tous indistinctement surnagent*. On les écrase tous un à un entre les doigts sous l'eau et l'on voit sortir *de tous une pluie de fines bulles d'air* indiquant que l'air vient des alvéoles pulmonaires comme chez un enfant qui a respiré. Même après la compression la *plus énergique ces fragments surnagent tous*. Les poumons quant à l'aspect extérieur sont normaux. Pas le moindre *îlot ayant conservé l'état fœtal*. Ils ne sont *point anémiés*, comme doivent l'être d'après les classiques les

poumons insufflés. Mais on remarque un peu d'emphysème sous-pleural à localisations très discrètes.

Pas d'air dans l'estomac.

Parmi ces résultats, deux points méritent particulièrement d'attirer l'attention : *a*) l'issue de fines bulles d'air; *b*) la surnatation après compression. Nous pensions, en effet, admis que la respiration artificielle dans la généralité des cas était insuffisante pour envoyer l'air jusque dans les alvéoles pulmonaires et, par suite, nous n'aurions pas dû constater de fines bulles d'air s'échappant durant la compression, nous n'aurions pas dû non plus observer la surnatation des fragments.

Il est vrai qu'il faut établir une distinction entre des manœuvres de respiration artificielle courante et l'insufflation. L'emphysème sous-pleural toutefois reste comme la signature des pratiques d'insufflation. Dans le cas présent, c'est le seul signe, Nous avons noté, en effet, qu'il n'y avait point d'air dans l'estomac. Ce fait prouve d'ailleurs simplement que l'insufflation pulmonaire a été bien faite.

Donc il y a eu insufflation ; mais l'enfant a-t-il respiré spontanément, car l'un n'exclut pas l'autre, et l'ensemble des faits, si l'on en exclut l'emphysème sous-pleural, indice d'insufflation, permet de croire que l'enfant a respiré ? Cependant, M. Piet, qui fit l'accouchement, MM. les externes qui l'aidèrent sont très catégoriques et affirment que l'enfant n'a point respiré. Il faut donc admettre que la réplétion de toutes les vésicules pulmonaires est due aux manœuvres effectuées ; car à moins d'admettre que cet enfant ait respiré *in utero* (chose à la rigueur possible puisque les manœuvres de la dilatation ont pu permettre l'arrivée de l'air jusqu'à lui), il faut conclure que l'enfant est véritablement venu mort, la réplétion de toutes les vésicules pulmonaires étant le fait des manœuvres effectuées. D'ailleurs, si l'enfant avait *in utero* fait des mouvements de respiration assez violents pour *remplir d'air toutes ses alvéoles*, l'oreille interne eût été trouvée pleine d'air. L'absence d'air est donc dans le cas présent le seul fait qui nous permette de croire que l'enfant n'a point respiré ; mais il faut bien admettre ici que notre diagnostic a été singulièrement facilité par le rapport des témoins.

Le 2e Cas est absolument identique au précédent, nous serons donc sobre de détails. Il s'agit encore d'une primipare (OIGA).

A 3 h. 1/2 du matin, l'externe de garde ausculta le cœur de l'enfant. Les battements étaient normaux; à 4 h. 10, il est appelé ; l'enfant brusquement expulsé vient et en état de mort. On pratique en vain les manœuvres habituelles pour ranimer l'enfant, y compris l'insufflation pulmonaire. Le cadavre nous fut remis quelques heures plus tard. L'épreuve de la docimasie pulmonaire fut faite exactement comme la précédente. La nécessité de faire une autopsie partielle nous empêcha d'examiner l'oreille interne. L'estomac ne contenait point d'air.

Sans aucune compétence en médecine légale, nous nous garderons bien de discuter ces faits. Ayant essayé, dans un but particulier, des recherches familières au médecin légiste, nous avons fait des constatations que nous rapportons sans plus de commentaires. Cependant il nous semble possible de terminer par quelques conclusions :

1° La valeur de l'emphysème pulmonaire comme signe de pratique de respiration artificielle ;

2° La valeur de la présence ou de l'absence d'air dans l'oreille interne comme signe de respiration spontanée ou non ;

3° L'efficacité (quant à la pénétration d'air dans les alvéoles) de la respiration artificielle et, très probablement surtout, de l'insufflation pulmonaire.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

TABLE PORTATIVE POUR GYNECOLOGIE ET OPERATIONS, ARTICULEE, PLIANTE,

construite par M. Dupont, pour M. le Dr Pacquelin.



Fig. 802. — Table ouverte, vue de face. Avec ses patins à coulisses, rallonge retirée et reposant à terre.

Fig. 803. — Table fermée.

Cette table, destinée à l'examen gynécologique et aux opérations, réalisée sous la forme d'un pliant muni d'un dossier articulé à inclinaison variable, est éminemment portative. Une fois repliée, elle n'occupe qu'un très faible volume : il est donc aisé de la transporter au domicile des malades.

Le siège est pourvu, selon le besoin, de tous accessoires convenables, tels que patins et sous-cuisses. Ces dits accessoires sont mobiles et disposés pour être placés à la hauteur nécessaire : ils se haussent, se baissent, s'écartent et s'allongent à volonté. Une rallonge, mobile, peut prendre place dans les douilles qui recoivent patins et sous-cuisses et permettre d'étendre un malade.

L'appareil comporte un siège formé de deux coussins articulés et dont l'ensemble est supporté par deux cadres, en fer cornière, articulés pour former une sorte d'X : des entretoises consolident respectivement les deux cadres.

Un crochet, articulé sur l'axe intermédiaire et s'accrochant sur l'un des cadres, ferme le système dans la position d'ouverture.

Le coussin qui reçoit la tête et les reins est articulé à charnières ; son inclinaison, variable à volonté, est réglée par des ferrures spéciales dont la disposition est la suivante : une barre, formant béquille de soutien, est articulée à la partie arrière d'une armature faisant corps avec le châssis du coussin ; elle est articulée d'autre





Fig. 804. — Escabeau ouvert.



Fig. 805. — Escabeau fermé.

part à un coulisseau glissant dans la fente d'une plaque métallique fixée sur la face postérieure du dossier. Une clé de serrage arrête le coulisseau à l'endroit voulu, suivant la pente que l'on désire donner. On peut, à l'aide de ce dispositif, faire varier l'inclinaison du dossier par degrés insensibles depuis la position verticale jusqu'à la position horizontale.

De plus, deux pieds articulés et à coulisses, de longueur réglable à l'aide de vis de pression, donnent un maintien solide au dossier dans l'inclinaison qu'on lui a donnée ; ces pieds sont adhérents à la table et se replient avec elle.

De chaque côté de la partie où repose le bassin, est fixée une douille rivée sur une platine formant équerre. Chacune de ces douilles peut recevoir la tige à coulisses d'un patin ou d'un sous-cuisse ; une vis de pression fixe cette tige à la hauteur voulue. Cette même tige à coulisses possède à son extrémité une douille verticale à étau qui permet à chaque patin et à chaque sous-cuisse mobile de se hausser, se baisser, s'écarter et s'allonger à volonté.

A droite et à gauche du siège, toujours en deux parties articulées, sont disposées des rampes ou galeries, en métal plein, qui se replient avec la table. Ces rampes permettent au patient de se maintenir. Chacun des coussins est pourvu latéralement de deux rampes fixées à leurs châssis respectifs ; ces rampes se séparent de chaque côté du siège et suivent les coussins auxquels elles sont adaptées.

Pour permettre le rabattement de ces rampes sur leurs coussins, dans le but de diminuer l'encombrement de l'appareil, elles peuvent être articulées.

En ce cas, sur chacun des côtés latéraux des châssis des coussins formant le siège, sont fixés des goujons à tenons en deux parties articulées ; chaque rampe est établie en tube métallique dont les montants, venant recouvrir ou coiffer le tenon tout entier lorsqu'on les enfonce, maintiennent le tout très solidement en place dans la position de service.

Pour les rabattre il suffit de les soulever, ce qui dégage le tenon fixe, le montant restant uni au tenon articulé à l'aide d'une petite vis qui l'empêche de se soulever au delà de la mesure convenable, puis on rabat la rampe sur le siège.

Les deux parties de chaque rampe sont assemblées entre elles à l'aide d'un simple goujon fixé à l'une et pénétrant dans l'autre.

Les deux parties se séparent d'elles-mêmes lorsqu'on replie l'appareil en rabattant les coussins l'un contre l'autre autour de leur articulation commune.

Pour replier la table, il suffit de desserrer la clé de serrage du dossier ainsi que les vis de pression des pieds à coulisses, puis sortir le crochet de son emplacement. Le dossier peut alors se renverser autour de sa charnière et se mettre en prolongement du siège à droite et à gauche de leur articulation, les cadres formant pieds pivotent sur leurs articulations supérieures et autour de leur articulation commune.

MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles solubles. — MM. Schwab et Lévy-Bing sont d'avis que la méthode hypodermique doit être désormais admise dans le traitement de la syphilis chez le nouveau-né, même dès la naissance.

Méthode sans danger, elle semble particulièrement efficace, rapide et sûre. Elle permet dans les cas graves, syphilis viscérale par exemple, de produire une mercurialisation intensive ; elle respecte le tube digestif, dont l'intégrité physiologique et anatomique est indispensable chez le nourrisson, et remplace avantageusement les frictions, dont l'action est si inégale.

Les auteurs ont utilisé, dans leurs observations, les injections d'une solution aqueuse de biiodure. La dose moyenne quotidienne doit être de 1 à 2 milligrammes environ pour les nouveau-nés pesant entre 2,200 et 3,500 grammes. On fera une première série de 10 à 15 injections, puis, après un repos d'une quinzaine de jours, on reprendra une nouvelle série de 10 injections. Par suite, le traitement intermittent chronique se fera par cette méthode comme par les anciens modes de traitement.

Pour leurs injections MM. Schwab et Lévy-Bing ont employé la formule suivante :

Biiodure d'hydrargyre...	0 gr. 05
Iodure de sodium.......	0 gr. 05
Eau distillée.............	10 cc.

Cette solution contient 0 gr. 005 de biiodure par centimètre cube. On injectera donc quatre divisions de la seringue de Pravaz (à 20 divisions) pour injecter 1 milligramme de biiodure.

La technique est celle de toutes les injections mercurielles intramusculaires. Chez le nouveau-né, le tissu musculaire est évidemment fort peu développé ; mais, même injecté dans le tissu cellulaire souscutané, la solution aqueuse de biiodure n'offre aucun inconvénient.

Traitement des gastro-entérites infantiles par les féculents, par Méry. — L'auteur reconnaît l'utilité de la diète hydrique pour arrêter les fermentations intestinales, mais il conseille de ne prendre le régime lacté qu'après avoir employé comme cure intermédiaire les féculents, c'est-à-dire la décoction de farine, l'eau de riz, le bouillon de légumes, qui préparent le tube digestif à l'absorption des albuminoïdes.

Le bouillon en faveur chez M. Méry est ainsi préparé :

Carottes	400 gr.
Pommes de terre.........	300 gr.
Navets	100 gr.
Haricots	30 gr.
Sel	35 gr.

Pour 7 litres d'eau.

Ce régime paraît lutter efficacement contre la déshydratation rapide qui emporte nombre d'enfants atteints de gastro-entérite. Il paraît vraisemblable d'admettre que ce régime hydro-carboné retarde l'apparition de ce processus vicieux dont l'acétonurie est le principal symptôme objectif. L'organisme débilité trouve, d'autre part, dans cette décoction végétale, une dose appréciable d'acide phosphorique directement assimilable.

Traitement de la cystite blennorrhagique à forme hémorrhagique. — La cystite du col est une complication fréquente de la blennorrhagie. Ses symptômes sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les décrire ici ; il en est cependant un sur lequel il faut insister davantage : c'est l'hémorrhagie.

Parfois ce symptôme acquiert une importance capitale, et prédomine tous les autres. L'épuisement occasionné par les douleurs au périnée, le ténesme, les douleurs vésicales qui s'exaspèrent par la mixtion, la sensation de pesanteur extrêmement pénible, les envies incessantes d'uriner, qui ne laissent pas de repos au malade, s'aggravent encore du fait de l'hémorrhagie, qui amène rapidement un état d'anémie profonde.

Tous ces divers symptômes, dit M. Folly (Journal de *méd. et chir. prat.*, 25 octobre 1903), peuvent être efficacement combattus par une méthode simple qui consiste à porter directement, dans la vessie malade, une injection hémostatique et calmante :

L'antipyrine agit localement, d'après Hénocque, comme coagulant et comme vaso-constricteur ; l'agent calmant est le laudanum de Sydenham. Faire dissoudre 20 grammes

d'antipyrine dans 1 litre d'eau bouillie, et y ajouter 5 ou 10 grammes de laudanum.

A l'aide d'une sonde de Nélaton et d'une seringue à hydrocèle soigneusement stérilisées, après avoir fait uriner le malade, on injecte avec douceur un demi-litre de ce liquide à la température ambiante dans la vessie. Ces injections sont répétées deux fois par jour, et plus, s'il y a lieu. Chez la femme, il est préférable de se servir d'une sonde métallique. Enfin on doit recommander de pousser la dernière injection très lentement, et de n'injecter qu'une demi-seringue cette fois, pour que le liquide puisse être toléré par la vessie, et gardé quelque temps, de façon à agir plus efficacement, à la manière d'un lavement médicamenteux.

Tous les symptômes de la cystite se trouvent favorablement et très rapidement modifiés.

La Médication arsénicale intensive. (H. Gillet). — C'est grâce à la venue dans le domaine thérapeutique des *combinaisons organiques de l'arsenic*, qu'il a été possible de pousser très loin la tolérance de l'organisme pour ce métalloïde, les nouveaux sels ayant une toxicité très amoindrie comparée à celle de l'arséniate de soude.

C'est d'abord le cacodylate de soude ou diméthylarsinate sodique As (CH^3) O ONa (*médication cacodylique*) et les autres sels à métal différent, puis l'arrhénal ou méthylarsinate disodique As CH^3 O (ONa) (*médication arrhénique*).

Injections sous-cutanées et par la bouche :

Cacodylate de sodium pur................	0,40 ctgr.
Eau distillée.........	100 gr.
Alcool phéniqué........	X gouttes.

Chaque centimètre = à 0,05 centigrammes d'acide cacodylique pur.

Dose. — Par la bouche, Danlos a pu donner de 30 à 60 centigrammes. Mais ce sont des doses exceptionnelles et à surveiller. Ne pas dépasser 10 centigrammes d'acide cacodylique par jour.

Avec le méthylarsinate, on peut donner par jour 0,025 milligrammes à 0,10 centigrammes, même exceptionnellement jusqu'à 0,20 centigrammes (A. Gautier)); 0,05 centigrammes est la bonne moyenne.

Soit par la bouche :

N° 1.

Arrhénal (méthylarsinate disodique....	5 gr.
Alcool phéniqué au 10e	11 gouttes.
Eau distillée q. s. pour faire.........	100 c. c.

stérilisée par l'ébullition.

XX gouttes = 0.05 centigr.
L gouttes = 0.15 —

Donner le médicament quatre à cinq jours de suite, cesser un jour et reprendre.

Soit en injections hypodermiques :

N° 2.

Arrhénal............	0.25 centigr.
Eau distillée.........	1 c. c.

Par jour 1 à 4cc., de préférence en plusieurs fois.

Injections rectales :

Cacodylate de sodium pur..	0.25 à 0.40 centigr.
Eau distillée....	200 grammes.

Deux injections de 5 cc. par jour pendant 6 jours ; trois pendant 10 autres jours ; repos 5 jours et reprendre.

Indications. — Toutes les indications des arsénicaux :

Tuberculose et prétuberculose, sans contre-indications ; *impaludisme*, pour lequel M. le professeur Armand Gautier voudrait faire du méthylarsinate un spécifique à l'égal de la quinine ; *emphysème, asthme, bronchite chronique, grippe, leucémies ganglionnaires, adénites localisées, adénopathies diverses, épilepsie, chorée, hémichorée hystérique, vomissements de la grossesse, dermatoses, psoriasis, eczéma, syphilis, cancers, anémies diverses, chlorose, cachexies.* (*Médications nouvelles*, J.-B. Baillière).

13349. — MACON, IMP. X. PERROUX.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

DE LA REFECTION DU PLANCHER PELVIEN CHEZ LA FEMME PAR LA SUTURE DES RELEVEURS DE L'ANUS

Par le Docteur COVILLE (d'Orléans).

Les procédés de périnéorraphie, de colporraphie antérieure et postérieure sont extrêmement nombreux, si nombreux même que dans les récents traités classiques on a dû élaguer largement ce chapitre et ne conserver, pour être clair, que les meilleurs, les plus faciles, et les plus communément employés. Encore ceux-ci ne sont-ils pas exempts de tout reproche, et nous avons vu maintes fois la récidive survenir après les opérations, surtout les colporraphies antérieures les mieux faites. Cela tient à ce que l'on est plus soucieux de sacrifier les tissus exubérants que de restaurer le plancher musculaire effondré ou déchiré.

Dans la colpopérinéorraphie de Hegar ou de Lawson-Tait qu'on peut considérer comme le procédé classique, on évite les inconvénients dont nous parlons si l'on a soin de passer ses fils très profondément, de les porter très loin sur les parties latérales afin de mettre en contact sur la ligne médiane les muscles disjoints et surtout de resserrer la boutonnière des releveurs de l'anus. Dans la colporraphie antérieure on se contente le plus souvent de faire une large incision losangique de la paroi vaginale, et l'on en rapproche les côtés, en rétrécissant d'autant le conduit. Ici il faut compter exclusivement sur le rétrécissement des parties molles pour assurer le résultat. Aussi les échecs sont-ils fréquents. Il y a sans doute mieux à faire.

Farabeuf a depuis longtemps insisté sur l'importance du releveur coccy-périnéal sur la statique des organes pelviens, et c'est d'après ces idées que des tentatives de restauration plus anatomique ont été faites dans ces derniers temps. Je signalerai en particulier les travaux de Gérard-Marchant et Lenormant qui visent surtout la cure du prolapsus du rectum, les communications de Delanglade et de Delbet où il s'agit de rectocèles et de cystocèles, et enfin l'article paru l'année dernière dans la *Presse médicale* où Duval et Proust font de la suture des releveurs une étude anatomique très précise et montrent quelle valeur elle a pour la restauration du périnée et la cure du prolapsus utérin.

Avec l'obligeance de M. Halma Grand qui a bien voulu me confier ses malades, et me prêter sa précieuse assistance, j'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois cette opération et c'est le résultat immédiat qu'elle m'a donné que je vous demande la permission de vous communiquer. Je sais bien que cette présentation serait plus démonstrative encore si l'opération était plus ancienne, aussi ai-je l'intention de vous remontrer plus tard ces malades afin que vous puissiez comparer leur état avec le résultat actuel.

La première malade, âgée de 38 ans, présentait à son entrée un prolapsus vaginal d'étendue moyenne; c'était surtout la paroi posté-

rieure qui venait bomber à la vulve à chaque effort. Il n'existait aucun degré de prolapsus utérin, et l'on se rendait parfaitement compte, en touchant la femme debout et en la faisant pousser, que l'utérus n'avait aucune tendance à descendre, que seul le vagin et principalement sa paroi postérieure était repoussé en avant et en bas.

L'opération eut lieu le 10 décembre de la façon suivante. Incision curviligne commençant au voisinage des plis génito-cruraux à 1 c. ½ environ au-dessus de la commissure vulvaire et passant exactement en bas par cette commissure. Décollement du vagin comme dans le procédé de Hegar. Lorsque le décollement fut assez avancé, je me portai sur les côtés, et cherchai en opérant des tractions sur l'anus à reconnaître le bord interne des releveurs. Cette recherche fut assez laborieuse, car la traction même latéralisée ne produisait pas la corde saillante que je m'attendais à rencontrer. Incisant cependant avec précaution au point où me paraissait être le muscle, je finis par découvrir des fibres musculaires à direction postérieure qui ne pouvaient être que le muscle cherché. Il était d'ailleurs peu épais et semblait peu résistant. Bien isolé à droite et à gauche, je le traversai avec une aiguille courbe en le prenant le plus loin possible, et je suturai ainsi les bords qui vinrent facilement s'acculer sur la ligne médiane. Cela constituait un raphé de 4 à 5 centimètres de hauteur formant un plan suffisamment résistant.

Le peu d'épaisseur du muscle, et la difficulté que j'avais éprouvée à l'isoler, m'avait fait renoncer à en accoler les faces, comme le recommande Duval. Je craignais de voir le tissu se déchirer, et la suture des bords largement chargée me parut devoir être suffisante.

Il restait une étendue de vagin exubérante : j'en réséquai une partie et suturai le reste en transformant ma plaie transversale en une plaie longitudinale, mais la partie moyenne correspondant aux plis génito-cruraux était trop tendue et se désunit secondairement. Les suites furent très simples et, à l'heure actuelle, le périnée très élevé ne subit aucune impulsion au moment de l'effort.

La seconde malade, âgée de 46 ans, présentait une cystocèle considérable faisant à la vulve une saillie comparable au poing ; elle portait d'ailleurs les cicatrices d'une large déchirure ancienne du périnée, et était atteinte de prolapsus utérin avec hypertrophie énorme du col. En toute autre circonstance j'aurais cherché à faire une colpopérinéorraphie pour remédier à la déchirure, quitte à maintenir la vessie par une colporraphie antérieure. La cystocèle étant de beaucoup le phénomène capital, je pensai qu'en la traitant par la suture des releveurs comme l'avait déjà fait Delanglade, je pourrais négliger la déchirure postérieure du périnée. C'est ce que j'exécutai le 22 décembre après avoir fait une large Schrœder supprimant le col malade et allégeant d'autant l'utérus.

Je fis une incision curviligne commençant immédiatement au-

dessus des caroncules et venant passer en avant à 1 cent. environ du méat. Décollement facile de la vessie et ouverture large de la région après avoir sectionné les adhérences du transverse profond au vagin. Je comptais sur des difficultés plus grandes encore que dans ma première opération ; je fus agréablement surpris en constatant par la traction de la moitié antérieure de l'anus, la saillie très manifeste des bords du releveur qui, dans ce cas, avait une épaisseur d'un bon demi-centimètre. Par contre, ils me paraissaient peu mobilisables. Cependant je les isolai facilement au doigt et à la sonde cannelée, après quoi il fut aisé de les suturer sur la ligne médiane au moyen de trois catguts forts passés successivement de haut en bas. Je constituai ainsi entre l'urèthre et le vagin une cloison musculaire extrêmement épaisse, haute de deux bons travers de doigt qui rétrécissait le conduit vaginal au point de rendre impossible l'introduction de deux doigts couplés. La suture se fit avec la plus grande simplicité sans crainte aucune de déchirer les tissus qui vinrent se juxtaposer sans traction excessive. La suture vaginale fut faite sans résection préalable dans le sens même de la plaie.

Les suites furent également des plus simples et, quand la malade quitta le service quinze jours après, on pouvait sentir au toucher un solide noyau soutenant complètement et parfaitement la vessie.

A propos de ce second cas, qui est, à mon avis, le plus intéressant car jusqu'ici nous étions mal armés contre la cystocèle et l'idée de Delanglade de suturer les releveurs de l'anus en avant du vagin, n'a reçu encore que très peu d'applications, il convient de faire quelques remarques.

D'abord le siège de l'incision doit être placé immédiatement au-dessus des caroncules hyménéales pour, de là, venir croiser l'urèthre à 1 cent. environ en arrière du méat. On sait en effet que les bords du releveur croisent le vagin sur les parties latérales à peu près à 2 cent. ½ de son orifice ; en second lieu, il importe en décollant même très bas, de ne pas intéresser le bulbe du vagin qui pourrait donner une hémorrhagie au moins gênante, pour la suite des manœuvres. En se plaçant ainsi entre le bulbe qui reste inférieur et le superficiel et le bord interne du releveur qu'on trouvera sûrement en décollant en haut, on se met dans les meilleures conditions de réussir.

Mal instruit par ma première intervention, j'avais pensé que dans le cas où je ne trouverais pas le releveur, un bon moyen serait de découvrir la branche ischio-pubienne en avant, et en logeant sa face interne d'aller jusqu'à la rencontre de l'insertion du muscle au pubis et à la membrane obturatrice. Mais c'est là un chemin trop détourné et il expose au risque presque certain d'intéresser les vaisseaux et le nerf honteux interne qui cheminent sous sa face inférieure.

Un bien meilleur point de repère dont j'ai d'ailleurs constaté l'importance en opérant, est l'adhérence au vagin du transverse

profond du périnée. Cette adhérence se traduit du côté du vagin par une sorte de cupule située à 1 cent. ou 1 cent.½ en dehors de la ligne médiane et au-dessus du tracé de l'incision. Cette cupule s'exagère et s'approfondit au fur et à mesure que l'on tire davantage sur le lambeau vaginal. Lorsqu'on a commencé le décollement, on sépare facilement l'urèthre et la vessie au milieu, sur les côtés on isole également bien le vagin, mais on ne peut réunir ses deux culs-de-sac, l'adhérence du transverse est là qui bride et constitue un obstacle infranchissable. Il faut alors, avec les ciseaux ou le bistouri, sélectionner avec soin, au ras du vagin, cette attache fibreuse qui, une fois libérée, n'empêche plus l'ouverture très large de la brèche ; or, le bord du releveur est en ce point immédiatement placé au-dessus du transverse profond, et on doit en trouver le bord uni seulement au conduit vaginal par un tissu cellulaire lâche dès que l'adhérence transversaire est sectionnée. Il y a là un petit point de technique que je n'ai vu signaler nulle part et qui me paraît devoir retenir l'attention.

D'ailleurs, les observations de Delanglade, qui sont, à ma connaissance, les seules qui aient été publiées sur ce sujet, sont très peu nombreuses et cet auteur rapporte qu'une fois il lui fut impossible de trouver son muscle, et que, dans d'autres cas, la suture fut rendue laborieuse par l'arrachement des tissus et le chevauchement des fils.

Je me suis servi de gros catgut. Il serait peut-être préférable d'employer la soie afin d'assurer une coaptation plus prolongée des parties qui tendent sans cesse à s'écarter. C'est ce que je ferai dans mes prochaines interventions.

Je ne sais quel sera le résultat définitif et lointain de ces deux premiers cas : j'ai tout lieu de croire qu'il sera au moins aussi bon qu'avec les procédés déjà classiques. Je crois même qu'il sera meilleur au moins pour la cystocèle. En tous cas, la réfection du périnée ainsi comprise, et ainsi exécutée par une véritable myoplastie, comme on cherche à la faire dans la cure des éventrations, est des plus satisfaisantes pour l'esprit et me paraît devoir entrer dans la pratique.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLES RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

Par le Dr Wlaeff

Ces derniers temps, non seulement l'attention particulière de plusieurs savants de différents pays civilisés s'est portée sur ce groupe d'affections, mais encore des sociétés se sont fondées, des laboratoires et des cliniques ont été créés (en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, en Russie, etc.) dans le but spécial de

l'étudier. On s'est surtout occupé de la pathogénie, du traitement et de l'anatomie pathologique des tumeurs malignes.

Malheureusement, on ne saurait affirmer que la solution de ces questions ait fait des progrès appréciables.

Quelques savants continuent à répéter ce qui avait été fait il y a quelques années. En ce qui concerne l'étiologie de l'affection, la question est encore au même point que j'avais indiqué dans mon travail sur l'*Etiologie et la Sérothérapie des tumeurs malignes* (Vratche 1901, n[os] 25 et 26).

D'après Cohnheim et ses élèves, Léopold, Kauffmann, Zahn, Masse, etc., les tumeurs malignes se développent aux dépens des vestiges du feuillet blastodermique qui, sous la moindre influence nocive extérieure, se met à proliférer d'une manière exagérée. Cette façon de voir est actuellement réfutée expérimentalement et cliniquement. D'autres auteurs croient à une prédisposition congénitale ou acquise des cellules, lesquelles, par suite d'une excitation, chimique ou mécanique, se développent rapidement, en donnant ainsi naissance à des néoformations. C'est surtout Babès qui envisage de la sorte la pathogénie des tumeurs ; il s'est exprimé suffisamment à ce sujet au Congrès international de Paris, en août 1900. Cependant, dans ces derniers temps, on a recueilli nombre de faits parlant en faveur de l'origine infectieuse des tumeurs malignes.

Dans ces derniers temps, quelques tentatives de recherches bactériologiques ont été faites, mais sans aucun succès.

C'est ainsi que le D[r] Doyen, dans la communication qu'il a faite, en 1902, à l'Académie de Médecine de Paris, affirme avoir pu constater, à plusieurs reprises, la présence du streptocoque polymorphe dans les tumeurs malignes. Mais nous savons bien que des microorganismes de toute nature peuvent pénétrer dans les tumeurs malignes ulcérées. Dans mes recherches bactériologiques, j'ai eu l'occasion de trouver dans les tumeurs les cocci les plus divers (*proteus septicus hominis*, *bactérium coli commune*), mais tous ces microorganismes, aussi bien que les bactéries isolées des tumeurs humaines par Chuerlen, Kaffin, Dominigo et par d'autres, doivent être considérés comme produits d'une infection secondaire puisque aucun d'eux n'est spécifique.

Le professeur Leyden (*Zeitschrift für klin. Méd.* XLIII) a réussi à constater la présence de certains corpuscules dans les exsudats péritonéaux d'un cancéreux. Ces corpuscules rappelaient l'œil d'un oiseau, présentaient des couches concentriques et étaient animés d'un mouvement, durant quelques minutes. Mais l'auteur n'est pas parvenu à les cultiver. Cependant Leyden pense que ce sont là des parasites du cancer. On sait que l'attention des auteurs s'était portée déjà depuis longtemps sur la présence de corpuscules analogues dans les tumeurs. Leur forme les a fait prendre pour des coccidies, mais ensuite on les a identifiés aux cellules de levûres. Pour pouvoir affirmer avec certitude que ces corpuscules

sont les parasites incontestés des tumeurs malignes, il est indispensable de les reproduire, de les obtenir dans une culture pure et de reproduire avec eux l'affection en question sur des animaux. Jusqu'à présent ce résultat n'a été obtenu qu'avec les levûres virulentes (1).

On sait que Buss a isolé la culture pure des blastomycètes d'un sarcome d'une femme. Plimmer les a isolés d'une tumeur cancéreuse de la glande mammaire d'une de ses malades ; Courtis les a obtenus dans les tumeurs myxomateuses multiples d'une femme, et Sanfelice dans une tumeur cancéreuse d'un homme, d'un cheval et dans des fruits pourris. Personnellement, je les ai isolés dans une culture pure six fois : deux fois dans un cancer de la langue chez deux hommes, une fois dans un cancer du poumon et de la vessie d'une femme, une fois dans un sarcome du tibia d'une petite fille, une fois dans un cancer des ovaires et une fois dans un sarcome du maxillaire supérieur et du naso-pharynx.

Avec ces blastomycètes, isolés de tumeurs malignes, on a provoqué chez des animaux l'apparition de tumeurs à évolution rapide avec gonflement des ganglions. Le tableau histologique était celui d'un granulome, d'un ostéome, d'un sarcome, d'un cancer ou d'un adénome (Busse, Sanfelice, Korovine de Saint-Pétersbourg, Wlaëff, etc). En outre, je suis parvenu à obtenir des toxines d'anciennes cultures de levûres et à provoquer, à l'aide de ces toxines, la dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins. Des modifications analogues avaient déjà été constatées chez les malades atteints de néoplasmes malins.

Des recherches scientifiques ultérieures nous montreront si les blastomycètes sont les seuls agents provocateurs des tumeurs malignes, ou bien si d'autres microorganismes sont susceptibles de leur donner naissance. Pour le moment, me basant sur les données du problème, je suis persuadé que le parasite des tumeurs malignes est seul et unique. J'ai, en ce moment, entre les mains, huit cultures différentes de blastomycètes isolées des tumeurs malignes de l'homme. On pourrait objecter que, du moment que les tumeurs malignes se différencient entre elles d'après leur structure histologique, leurs agents provocateurs peuvent également être variables. Mais, d'autre part, on sait que les tumeurs bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes et que les tumeurs sont souvent de nature mixte (fibro-adéno-sarcome, myo-fibro-adéno-sarcome, etc.). Au mois de mai 1902, M. Morestin a montré à la Société anatomique de Paris une tumeur mixte excisée peu de temps auparavant à une malade. L'examen histologique a prouvé qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome. Et pourtant cette malade présentait depuis dix ans, à la même région du sein, une tumeur bénigne (fibro-adénome) qui avait été extirpée. Un an après l'opé-

(1) Pour la bibliographie de la question, voir mon travail dans :
La Presse Médicale 1901, 30 mars, et Trifonoff, sur l'Etiologie et la Sérothérapie des tumeurs malignes. Thèse de Doct. Paris, 1901, octobre.

ration, M. Morestin fut obligé de répéter l'opération et excisa la tumeur maligne dont nous venons de parler (*Presse médicale*, 1901, 27 avril). En outre, il est connu que l'âge peu avancé est plutôt favorable au développement d'un sarcome et se prête peu au développement d'un cancer. Tous ces faits parlent en faveur de l'origine unique du cancer, et montrent que la formation d'une tumeur de tel ou tel type à évolution rapide ou lente dépend de l'âge du malade et de ses organes hématopoïétiques, de sa constitution, du siège de la tumeur et aussi du degré de virulence du parasite. Au fur et à mesure que l'organisme s'épuise, une tumeur bénigne à évolution assez lente peut se transformer en tumeur maligne à marche plus rapide. Et c'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer chez des malades opérées deux ou trois fois en dix ans à l'occasion d'un fibrome des ovaires.

La nature contagieuse des tumeurs malignes a été reconnue également par la commission allemande présidée par Leyden et formée dans le but d'étudier cette affection. Et à ce propos une question se pose de savoir par quelles voies la contagion s'effectue chez l'homme et si l'on peut considérer cette affection comme contagieuse au même degré que la peste, le choléra, la diphtérie et les autres maladies contagieuses. Pour répondre à cette question il faut considérer que l'homme vient au monde muni d'un certain degré de résistance contre les différents phénomènes naturels susceptibles de lui nuire. La réceptivité pour telle ou telle maladie est également congénitale ou acquise. Les médecins, les infirmières et en général le personnel médical ayant à soigner les tuberculeux ne sont pas tous fatalement voués à contracter cette maladie. D'autre part, nous voyons parfois des familles entières contracter la tuberculose dès qu'un de leurs membres est atteint de cette affection. Les mêmes faits ont été observés dans le cancer. Au contact avec les malades atteints de peste ou de choléra et pour peu qu'on néglige de prendre les précautions indiquées, tout le monde court le risque de s'infecter et de tomber victime de la maladie. Au contraire, par le contact avec un tuberculeux ou un cancéreux tout le monde n'est pas susceptible de contracter la maladie. Tout cela pourrait dépendre de ce fait, qu'avec le temps, des générations entières acquièrent la non-réceptivité pour ces affections ; cela peut dépendre également de l'état de l'organisme et de ses organes hématopoïétiques et de la virulence du germe.

C'est ainsi qu'on peut jusqu'à un certain point expliquer l'apparition périodique de quelques maladies épidémiques. Et voilà pourquoi nous observons des cas où les néoplasmes malins, la syphilis, la tuberculose, le charbon, la morve et les autres maladies infectieuses, suivent parfois une marche rapide ; le malade succombe au bout de quelques jours ou quelques semaines. Tandis que dans d'autres cas l'évolution de la maladie est très lente. Chez les malades de cette dernière catégorie, le processus pathologique peut revêtir un caractère purement local et amener la formation

d'un abcès ou d'un kyste. Grâce à une intervention chirurgicale ce processus peut s'arrêter complètement. Nous observons fréquemment des noyaux tuberculeux calcifiés dans les poumons des sujets morts d'une autre maladie.

Comme l'agent provocateur des néoplasmes malins doit être fort répandu et exister depuis une époque fort reculée aussi bien que ceux de la tuberculose et de la syphilis, on comprend aisément pourquoi ces maladies n'ont pas le caractère épidémique à la façon des maladies transmises périodiquement d'une localité dans une autre ; de là une certaine oscillation dans l'immunité contre ces maladies. A notre avis un cancéreux est aussi susceptible de transmettre sa maladie qu'un syphilitique. En faveur de cette opinion parlent les faits bien connus dans la littérature médicale de l'infection des médecins pendant l'opération ou l'autopsie, et de l'infection de tous les membres d'une famille de cancéreux. A ce point de vue sont surtout dangereux les malades atteints de tumeurs ulcérées dont les sécrétions peuvent devenir une source d'infection au même titre que les crachats des tuberculeux. J'ai eu l'occasion d'observer la contagion dans les conditions suivantes :

La femme, en donnant des soins à son mari (la famille Katz), atteint de cancer de l'estomac, a contracté la maladie en enlevant les matières des vomissements sans prendre aucune mesure de précaution ; elle succomba un an après son mari d'un cancer sous-péritonéal et rénal. Le fait remonte à 1896. La malade a été examinée par les professeurs Praxine et Rybalkine. Autre cas : la femme contracte l'affection de son mari atteint de cancer de la langue et succombe au cancer du médiastin antérieur.

Leur évolution clinique est encore en faveur de la nature infectieuse des néoplasmes malins : élévation de la température de temps en temps, hypertrophie des ganglions lymphatiques, hypertrophie du foie et de la rate, apparition de l'albumine dans les urines, augmentation des échanges nutritifs (Müller) ; fréquence et irrégularité du pouls et, enfin, l'exagération, la diminution et l'abolition des réflexes patellaires depuis longtemps constatées par moi (Bulletins et Mémoires de la Soc. de Méd. et Chir. pr. de Paris, n° 3, 1902) et confirmées par Linden et Buck (*Presse Médicale* 1902, décembre). On sait que Lubarsche a trouvé une modification dégénérative dans les faisceaux postérieurs de la moelle épinière des cancéreux ; on observe, en outre, la dégénérescence graisseuse du foie.

Plusieurs causes jouent un rôle important dans l'infection cancéreuse en préparant le terrain pour recevoir les germes de l'affection. Dans mon travail précédent, j'ai déjà indiqué quelle grande importance il faut attribuer à la syphilis à ce point de vue : on a le droit de se demander si le cancer n'est pas un symptôme de la syphilis ou du moins s'il n'y a pas quelque chose de commun entre les parasites de ces deux affections, d'autant plus que nous observons chez les hommes aussi bien que chez les animaux, à côté

du granulome, une tumeur épithéliale, tandis que chez les syphilitiques on observe la gomme et le cancer.

En même temps, j'ai eu l'occasion de suivre jusqu'à 30 cas de cancer de la langue évoluant sur un terrain syphilitique. Beaucoup de ces malades ont été suivis par les professeurs Berger et Reynier. La syphilis, maladie chronique, épuise les organes hématopoïétiques, contribue à la dégénérescence du foie et à la modification du système lymphatique.

J'ai eu l'occasion d'observer dans la clinique de mon très estimé et très regretté maître, le professeur Pasternatzky, la leucémie et la pseudoleucémie chez des sujets atteints de syphilis congénitale ou acquise. La littérature de la question, ainsi que mes observations cliniques, confirment que la tuberculose, la malaria, le rhumatisme, les dents cariées, le traumatisme, la commotion du voyage fait immédiatement après le repas, un catarrhe prolongé de l'estomac et des intestins peuvent agir en préparant le terrain pour l'apparition du cancer. J'ai eu, par exemple, l'occasion d'observer le développement d'un cancer du maxillaire inférieur et de la langue à la suite d'une négligence apportée par les malades à soigner des dents cariées, ce qui amena d'abord la formation d'un kyste, d'une fistule ensuite, et, enfin, le développement d'un cancer avec issue fatale. En outre, j'ai observé 10 cas de cancer chez des personnes ayant souffert du paludisme ; 15 autres cas d'un cancer développé à la suite d'un rhumatisme contracté par un séjour prolongé (de 2 à 15 ans) dans des logements humides.

J'avais également l'occasion de suivre un cancer de l'estomac chez un malade ayant eu un faible pour le fromage le plus avarié. Mon malade Katz, dont je parle plus haut, a été obligé pendant quinze ans de voyager dans une petite voiture aussitôt après ses repas, sur des routes défoncées. Cette circonstance a produit chez lui une dilatation et un catarrhe de l'estomac et, finalement, un cancer stomacal. Le malade a été examiné par le Pr Pasternatzky en 1897. Chez quinze malades, le processus cancéreux s'est développé à la suite d'une contusion de la poitrine ou du crâne. Chez trois malades, le cancer des intestins a fait son apparition après un catarrhe prolongé de ces derniers. Chez un malade atteint d'une diarrhée sanguino-purulente rebelle à la suite de la présence dans le gros intestin du balantidium coli, il s'est développé une hypertrophie papillomateuse de la muqueuse de cet intestin. J'ai encore observé dans la même clinique du Pr Pasternatzky un cas de cancer de l'estomac chez un malade ayant souffert d'un catarrhe des intestins pendant deux ans. A l'autopsie de ce malade, on constata le développement d'un cancer à la place d'un ulcère rond de l'estomac, l'adhérence de celui-ci avec le gros intestin et la perforation de ces deux organes. Cette préparation anatomique, ainsi que la précédente, se trouvent au musée anatomo-pathologique de l'Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg.

L'influence du catarrhe intestinal sur la préparation du terrain pour le développement du cancer est confirmée par l'observation du Dr Niemack sur trois membres de la même famille, chez lesquels un adénome et un cancer se sont développés après deux ou trois ans de souffrance. (*Ann. of Surgery*, juillet 1902 ; *Semaine médicale*, n° 7, p. 35, 1903.)

Ainsi toute maladie chronique, en épuisant peu à peu l'organisme et ses organes hématopoïétiques, le rend incapable de se défendre contre l'introduction de tel ou tel autre agent. Dans ces conditions, les cellules épithéliales pourvoient elles-mêmes à leur défense : en se multipliant, elles forment une tumeur qui augmente rapidement de volume et qui menace plus ou moins la vie du malade suivant le siège qu'elle occupe et suivant sa généralisation plus ou moins rapide. Sur un terrain ainsi préparé, la moindre contusion, une pression mécanique périodiquement répétée, ou une influence chimique quelconque, suffisent pour détruire l'harmonie normale des cellules et de leur nutrition, pour donner aux parasites la possibilité de s'introduire dans l'organisme par les téguments externes, les intestins et les voies respiratoires. Ces parasites vont se fixer dans les tissus dont la nutrition a été compromise par une cause quelconque, ce qui favorise leur multiplication indéfinie.

Grâce au Pr Berger, j'ai eu l'occasion d'observer un malade atteint de sarcome du crâne et des méninges. Un an et demi auparavant, ce malade avait reçu un coup de bâton sur le crâne, avec solution de continuité sur la peau. Un an après, au point même où le coup a porté, une tumeur s'est développée. Cette tumeur fut extirpée avec une portion du crâne, par le Pr Berger et deux mois après l'opération une tumeur sarcomateuse apparaît sur la cicatrice opératoire et le malade succombe à un néoplasme du cerveau.

La malade M... a reçu, deux ans avant l'apparition d'un cancer du sein, de son mari qui était en état d'ivresse, un coup de poing sur l'endroit même où la tumeur s'est développée ultérieurement. Depuis, cet endroit est devenu sensible. En six mois, la tumeur acquit les dimensions d'une petite orange. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un cancer typique à cellules cylindriques. La préparation a été examinée par le Pr Cornil.

Chez la malade du Dr Chirokoff, la tumeur de la glande mammaire gauche a augmenté de volume depuis que la malade s'est cognée un soir contre la boiserie de son lit. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un cas de sarcome papillaire. La préparation a été examinée par le Pr Cornil.

Quant à l'influence du traumatisme sur l'apparition du cancer, elle est nettement démontrée par l'expérience très spirituelle d'Ehrnroth (*Deutsche Zeitchr. f. Nerv.* XX. 1. 2. et *Semaine Méd.*, 1902, n° 27, p. 222) qui a injecté aux lapins des pneumocoques, après leur avoir porté des coups de marteau sur le crâne. L'auteur, en exécutant ces expériences, a remarqué une différence très

tranchée dans le cours de l'infection chez les animaux de contrôle.

Vidal a observé que les bacilles éberthiens, après la guérison de la typhoïde, donnent lieu à des collections purulentes aux points pathologiques : glandes cervicales (tuberculeuses, ou chez des malades atteintes de kystes d'ovaires). (*Semaine Méd.*, 1902, n° 5, p. 39.)

Chez plusieurs malades la tumeur s'est développée sur la partie de la langue qui était soumise à un frottement continuel contre la dent cariée. Chez un malade, marchand de foin, la cause déterminante de l'apparition d'un cancer à la langue était une mauvaise habitude, prise depuis quinze ans, de mâcher du foin pendant la vente. Chez un autre malade, la néoplasie était localisée à la place où les dents artificielles pressaient le maxillaire supérieur. Chez une autre malade, la tumeur s'est développée après que la malade eut soulevé un objet lourd qui a comprimé la poitrine ; en même temps un craquement s'est produit au niveau de l'épaule. Ainsi des traumatismes, des contusions, une pression sur les glandes mammaires, etc., peuvent stimuler l'apparition de la maladie, lorsque l'intégrité normale des tissus et leurs fonctions physiologiques sont entamées. La question de la valeur du traumatisme dans le développement des processus pathologiques a été l'objet d'études dans une séance de la Société allemande de Médecine. (V. *Semaine Méd.*, 1902, n°s 49 et 50, p. 401, 410.)

A cette séance, plusieurs auteurs ont exprimé l'opinion que l'infection peut se produire quelques semaines, et même quelques mois après le traumatisme. Davidsohn, par exemple, a observé l'apparition d'une méningite cérébro-spinale six semaines après un coup de couteau reçu à la tête ; l'issue fatale est survenue deux mois après. Stadelmann a observé la même chose quelques semaines après un traumatisme. Remak a observé une affection à noyaux huit mois après un traumatisme.

Nous avons dit plus haut qu'on peut considérer actuellement comme agents provocateurs des néoplasmes malins les corpuscules ronds dont la présence dans les tumeurs malignes avait été constatée par plusieurs auteurs et qui sont connus sous le nom de saccharomyces, ou blastomycètes, ou encore levûres virulentes. Ces parasites pénètrent dans l'organisme avec les aliments, surtout lorsqu'on fait usage de fruits pourris, de fromages avariés, etc. On peut également contracter le germe de l'affection en soignant des cancéreux, lorsqu'on néglige de prendre les précautions indispensables ; tous ces derniers points sont encore à l'étude. Il est possible que l'eau non bouillie peut servir de véhicule pour l'agent d'infection, surtout quand on fait usage de cette eau pour des injections utérines.

Le diagnostic précoce de la maladie, dans le cas de néoplasme malin, aussi bien que de toute autre maladie infectieuse a une grande importance au point de vue de la prophylaxie et du traitement. Bien qu'il existe dans cette affection de nombreux

symptômes, tels que la douleur, l'affaiblissement de l'organisme, la diminution du poids, l'épuisement, l'oscillation de la température de temps en temps, la palpation de la tumeur et son accroissement rapide, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, l'hémorrhagie et les autres symptômes dépendant des troubles fonctionnels de l'organe atteint, comme la diarrhée et ensuite l'obstruction dans le cancer de l'intestin, les vomissements dans le cancer de l'estomac, l'ictère dans le cancer du cholédoque, l'hématurie dans le cancer de la vessie et des reins, etc., il est néanmoins des cas où un diagnostic rigoureux est très difficile à poser, d'une part parce que plusieurs de ces symptômes peuvent manquer, d'autre part parce que certains d'entre eux peuvent exister dans d'autres affections telles que la tuberculose, la syphilis, l'actinomycose, etc. En outre, la tumeur peut n'être accessible ni à la palpation, ni à la vue, comme c'est le cas dans les cancers des organes internes. Dans la clinique du professeur Pasternatzky, j'ai eu l'occasion d'observer des malades n'ayant présenté aucun symptôme de cancer de l'estomac et ayant succombé ultérieurement à une autre maladie. A l'autopsie on constata un cancer du fond de l'estomac en plein développement. Cependant, les données cliniques et l'examen du sang, aidant, on peut arriver parfois, même dans les cas très difficiles, à poser un diagnostic plus ou moins sûr.

L'apparition d'une tumeur évoluant rapidement est, à mon avis, un signe d'une infection générale de l'organisme. Dans ces cas la plupart des malades recourent ordinairement très tard aux lumières du médecin, surtout lorsque ce sont des organes internes qui sont atteints. Dans ce cas, nous observons chez le cancéreux une pâleur des téguments externes caractéristique. La quantité des globules sanguins peut s'abaisser au-dessous de 1,000,000, la quantité de l'hémoglobine à 15 % ; la densité du sang s'abaisse également. Mais nous observons les mêmes phénomènes dans l'anémie d'origine helminthique, dans l'intoxication aiguë ou chronique avec les poisons organiques ou inorganiques, dans la leucémie et la pseudoleucémie, aussi bien que dans plusieurs autres affections chroniques ou aiguës. Mais dans les néoplasmes malins les globules blancs du sang, dont le nombre peut atteindre le chiffre de 50,000 et davantage, présentent une morphologie spéciale. L'augmentation du nombre des leucocytes est également constatée dans les abcès et la leucémie ; mais dans l'abcès l'augmentation de la quantité de globules blancs ne se produit qu'aux dépens des polynucléaires, tandis que la quantité absolue des lymphocytes et des mononucléaires ainsi que leur pourcentage restent dans les limites normales et une diminution marquée dans la quantité des globules rouges peut ne pas se produire. Dans la leucémie, on constate l'élévation du pourcentage des mononucléaires, des lymphocytes et des éosinophiles. Dans l'anémie d'origine helminthique et dans la pseudoleucémie le nombre des globules blancs peut même descendre

au-dessous de la normale et leur morphologie se rapproche de celle de la leucémie. Par contre, dans les néoplasmes malins du foie la morphologie des globules blancs est tout autre ; ici nous observons une augmentation dans la quantité absolue et dans le pourcentage des polynucléaires de 60 à 95, tandis que le pourcentage et la quantité absolue des lymphocytes tombent de 20 à 3 ou 4, aussi bien que le taux des mononucléaires ; le taux des éosinophiles est au-dessous de la normale. Dans le cancer de l'estomac nous observons une augmentation insignifiante de la quantité absolue des globules blancs aux dépens des polynucléaires ; la quantité absolue des mononucléaires et leur pourcentage oscillent d'une façon insignifiante, comme il résulte de l'exemple suivant. Une vieille femme âgée de 67 ans, est atteinte d'un cancer de l'estomac. Le nombre des globules rouges est de 4,371,000 ; celui des globules blancs est de 10,660, les lymphocytes ont un taux de 10 %, les mononucléaires 6 %, les polynucléaires 76 %. Un mois après, lorsque le néoplasme se fut généralisé au foie, le nombre des globules rouges était de 2,870,000, celui des globules blancs 14,240 ; les lymphocytes étaient au taux de 9,4 %, les mononucléaires de 4 %, les polynucléaires de 86,6 %. Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. (*Archives Russes de pathologie, de Médecine Clinique et Bactériologique* 1899.)

Ces derniers temps on s'est occupé beaucoup de l'alcalinité du sang et on a constaté sa diminution dans l'affection cancéreuse (Iaksch, Klemperer et d'autres).

D'autre part le professeur Rigler (*Centralbl. für Bakter, Parasitenk n. Infectionskrankh.* 1901 , déc. 18, 24, 28, et 31) a montré que la diminution de l'alcalinité du sang peut être observée également dans toute autre maladie infectieuse, que dans la convalescence l'alcalinité sanguine redevient normale et même dépasse la normale et que le sérum curatif contribue à cette augmentation de l'alcalinité.

Lezer (*Münch. Méd. Wochenschr.* 17 déc. 1901 ; *Semaine Méd.* 1902, n° 13, n° 103) a attiré l'attention sur l'apparition d'angiomes multiples sur tout le corps dans le cancer ; une fois il en a compté jusqu'à 216. J'en ai observé aussi chez beaucoup de malades cancéreux ; d'autre part chez les malades atteints d'affection hépatique on constate les mêmes angiomes. Le professeur Gilbert attire l'attention de ses élèves et considère l'apparition des angiomes comme un signe d'intoxication biliaire.

Etant convaincu que les blastomycètes sont les vrais parasites du cancer, j'ai entrepris une série de recherches dans le but de savoir, si, par voie d'agglutination, on pourrait diagnostiquer le cancer au début de son apparition. Mais, mes recherches dans cette voie continuent encore ; c'est pourquoi je m'abstiens d'exprimer une opinion ferme à ce sujet. D'ailleurs, j'ai déjà fait sur la question, une communication préalable à la Société de Biologie de Paris. (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, séance du 12 avril 1902.)

Dans cette communication j'ai montré qu'avec l'amélioration de l'état des malades les propriétés cytolytiques du sang s'élèvent ; le sérum de ces malades devient susceptible de transformer les blastomycètes en une masse granuleuse à l'instar du sérum des animaux immunisés. Nous savons qu'avec le sérum des malades atteints d'une fièvre typhoïde grave, on n'obtient pas toujours la réaction Gruber-Widal. Arloing et Courmont ont montré que le sérum des phtisiques est capable d'agglutiner le bacille de Koch. Tandis que Koch lui-même a montré que le sérum des sujets atteints de phtisie grave possède cette propriété à un degré insignifiant et que pour obtenir l'agglutination, il est nécessaire d'améliorer l'état des malades. Il considère la propriété agglutinative du sérum comme symptôme favorable. Firtz (*Centralbl. f. Bakt.* 1902, 5 juin, XXXII, n° 1. p. 28 ; *Presse Méd.*, 1902. n° 73) a obtenu dans ses recherches les mêmes résultats. Goldberg (*Centralbl. f. Bakt. Parasitenk n. Infektionski*, 1901, 7 nov. Wratch, 1901, n° 51, p. 1541.) en étudiant la loi d'agglutination est arrivé aux mêmes conclusions que les deux auteurs précédents, à savoir que la propriété agglutinative est en proportion inverse de l'infection et de l'intoxication ; l'absence de l'agglutination montre que l'organisme est incapable de lutter contre la maladie. Rumpf et Guinard (*Presse Méd.*, 1902, n° 24, p. 282.) ont étudié le processus agglutinatif chez les phtisiques et ont trouvé que chez les malades gravement atteints la réaction agglutinative est fort atténuée et manque souvent ; avec le progrès de la maladie la force agglutinative diminue ; et, par contre, avec l'amélioration de l'état du malade, il se produit un phénomène inverse.

En faisant des recherches dans la même voie, j'ai trouvé que le sérum des malades atteints de néoplasmes malins, dans la période avancée du processus morbide, ne dissout pas les blastomycètes, tandis que le sérum des malades dont l'état a été amélioré par le traitement avec le sérum anticellulaire acquiert cette propriété à un degré plus ou moins considérable. Le liquide ascitique d'une cancéreuse qui est un milieu favorable au développement des blastomycètes, après deux ans de traitement avec le sérum d'animaux immunisés avec les blastomycètes, est devenu non seulement un mauvais terrain pour les blastomycètes, mais encore capable de les détruire et de les agglutiner. (Comptes rendus des séances de la p. 560, 1902 ; *Presse Med.*, 1902, n° 105, p. 1260.)

Sanfelice a aussi immunisé dernièrement des animaux contre les blastomycètes et a trouvé que pendant la période aiguë de l'infection des animaux par les blastomycètes, le sérum de ces animaux ne contenait pas d'anticorps, tandis que le sérum des animaux immunisés en contenait. (*Centralblat für Bactériologie*, XXXII, n° 5, p. 560, 1902 ; *Presse Méd.*, 1902, n° 105, p. 1260.)

Les faits que nous venons d'exposer expliquent jusqu'à un certain degré les contradictions existant en général, et en particulier, sur le rôle des blastomycètes dans les néoplasmes malins. C'est ainsi

que le Dr Brouhá, n'ayant pas obtenu d'agglutination avec le sérum des cancéreux dans ses expériences sur les blastomycètes, nie le rôle de ces derniers dans les néoplasmes malins. (*Centralbl. f. Bakt. Parasitenk. und Infektionski.* 1901, 31 déc.)

Je mets de côté, pour le moment, la question de l'agglutination jusqu'à ce que de nouvelles observations et des faits plus nombreux permettent de nous faire là-dessus une opinion solide, et me bornerai à attirer l'attention sur un symptôme très important, à mon avis, symptôme qui, en présence des autres signes énumérés plus haut, peut faciliter encore davantage la diagnostic de l'affection. Ce symptôme, le voici : en injectant aux cancéreux le sérum obtenu par moi et dont j'ai déjà parlé et parlerai encore plus loin, il se produit une réaction dans l'organisme et autour de la tumeur ; cette dernière augmente de volume pendant quelques heures et devient plus sensible. Cette circonstance rend accessible à la palpation une tumeur qui, avant l'injection, ne se prêtait pas à ce mode d'exploration ; surtout lorsque la tumeur siège dans la cavité abdominale, dans l'estomac, dans le foie, etc. Dans les néoplasmes des poumons, de la plèvre l'aire de la matité s'étend pendant la réaction.

A propos du traitement des néoplasmes malins, il faut remarquer que quelques savants ont tenté de les traiter par des procédés différents. L'année dernière le Dr Charcot a renouvelé les expériences de Richet et Héricourt. Il prenait n'importe quelle tumeur enlevée à l'homme par la voie opératoire, en faisait une émulsion, l'injectait aux animaux, obtenait ensuite le sérum de ces animaux et l'expérimentait sur sept malades. Dans sa communication (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, 1902, 25 janvier) il déclare qu'après l'injection de ce sérum, il ne trouvait pas d'albumine dans les urines des malades ; mais il constatait chez les malades des nausées, des vertiges et une éruption généralisée à tout le corps ; la température s'élevait à 39° ; chez un de ces malades, il s'est formé un abcès. J'avais déjà dit dans un de mes travaux que, dans ces conditions, on injecte aux animaux avec l'émulsion toutes sortes de microbes, aérobies et anaérobies, cultivables et non cultivables; et on risque ainsi d'inoculer au cancéreux avec le sérum de ces animaux une autre maladie (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, 1902, 7 février). Il faut remarquer que, bien que MM. Richet et Héricourt aient constaté, au début de leurs tentatives scientifiques, une certaine amélioration dans l'état des malades traités par eux, dans la suite il a été prouvé que, d'une part, certains de ces malades n'étaient pas atteints de néoplasmes malins, mais bien de la tuberculose, d'autre part, chez certains autres, le diagnostic posé n'était pas positif, et, enfin, étant donné les résultats de leurs observations, ces auteurs étaient obligés de cesser leurs tentatives. (Héricourt. *La Sérothérapie hist.*, état actuel, Paris, 1899, p. 175.) Le Dr G. Beatson, propose de traiter le cancer du sein par l'extirpation des ovaires

et par l'administration à l'intérieur de la thyroïdine. Et pour corroborer cette opinion, il donne comme exemple la malade du Dr Hermann (*British Med. journal*. 1901, 19 octobre ; *the Lancet*, 1898, 11 juillet); Hermann communique, d'ailleurs, que cette malade a succombé six mois après à une métastase dans les organes internes.

Adamkévitch a obtenu des toxines des tumeurs cancéreuses de l'homme et leur donna le nom de cancroïnes. Cet auteur identifie l'action de ces toxines à celle de la neurine. Il injecte ces toxines aux cancéreux dans l'organisme desquels d'autres toxines circulent déjà (*Presse Med.*, 1902, 2 février). Les quatre cas de traitement cités par Adamkévitch ne sont pas très démonstratifs tant par la courte durée de ce traitement que par le diagnostic douteux. Ainsi, une de ses malades souffrait depuis trois ans d'un rétrécissement de l'œsophage. Pourtant, nous savons que le cancer de l'œsophage a une marche très rapide et le malade meurt à la suite de l'impossibilité, pour les aliments, de franchir l'œsophage, à moins de pratiquer la gastrotomie. Chez un autre de ses malades, le diagnostic fut posé sur ce fait, qu'en introduisant la sonde à olive, l'instrument fut arrêté à une certaine hauteur et qu'on constata au bout de la sonde un peu de sang ; et c'est ce dernier fait qui a servi de base pour le diagnostic.

Et à ce propos, il me revient à la mémoire, un cas dont j'étais témoin il y a cinq ans dans le service clinique du professeur Pasternatzky. Chez un fonctionnaire, âgé de 52 ans, nous trouvons un rétrécissement de l'œsophage. Nous sondons avec la plus grande prudence et l'olive n° 2 s'arrête à 25 centimètres ; aussitôt après le sondage, nous apercevons une goutte de sang. Il était difficile de dire positivement quelle était la cause du rétrécissement ; ce rétrécissement dépendait-il d'un anévrysme ou d'une gomme, puisque le malade a eu la syphilis il y a 15 ans ? Etait-il dû à un trouble nerveux, car le malade fut reconnu comme étant à sa première période de tabès ou bien le rétrécissement provenait-il d'un cancer de l'œsophage ? Il était difficile de se prononcer là-dessus. Sous l'influence des calmants et du régime, grâce à une alimentation liquide ou semi-liquide, une amélioration notable est survenue dans l'état du malade, de sorte qu'il insista pour qu'on le laissât quitter la clinique et partir chez ses parents. Quelques jours après, il meurt subitement. A l'autopsie, on constata que la mort était due à la rupture d'un anévrysme de l'artère œsophagienne. Ce cas fait ressortir la difficulté que présente le diagnostic lorsque nous ne pouvons faire un examen microscopique, ni voir à l'œil nu, ni explorer par la palpation.

Dernièrement, Leyden (*Deutsche Med. Wochensh.*, 1902, 4 septembre) et Blumenthal ont pratiqué des injections d'une émulsion obtenue de tumeurs cancéreuses à trois malades, dont deux ont succombé. Chez la troisième, selon l'expression des auteurs, la

maladie n'a pas progressé pendant la durée du traitement qui était de huit mois.

Lœffler avait proposé de traiter les cancéreux en leur inoculant le paludisme. Il partait de ce point de vue que Frinck avait remarqué l'influence favorable du paludisme sur le cancer. Mais il est fort douteux que ce soit là un moyen direct de combattre la maladie en question, puisque toute maladie infectieuse laisse des traces dans l'organisme et, en outre, comme d'autres auteurs, j'ai observé le cancer sur des personnes ayant été atteintes auparavant de la malaria. (*Deutsche Med. Wochensch.*, 1901, 27 octobre : *Semaine Méd.*, 1902, 22 janvier, n° 4.)

Dans le traitement des néoplasmes malins, toute l'attention du médecin ne doit pas se porter exclusivement sur le processus local, mais aussi sur les moyens d'améliorer l'état général de l'organisme ; et c'est là le rôle de la sérothérapie. Lucas-Championnière a défendu cette manière de voir dans un rapport sur la question qui nous occupe et voilà comment il s'exprime : « La thérapeutique du cancer est certainement dans les médications qui modifieront l'état des sujets. (*Bulletins de l'Académie de Médecine*, 1900, novembre, p. 607.)

Dans le traitement de telle ou telle maladie nous nous efforçons d'agir par les moyens physiques ou chimiques sur le système nerveux, par les moyens excitants sur les organes hématopoïétiques et aussi, si cela se peut, sur les agents même de la maladie. Par exemple, nous faisons usage des rayons Rœntgen, de la haute température et des différents moyens antiparasitaires, tels que la quinine contre le paludisme, l'acide phénique contre le charbon, les préparations mercurielles et iodurées contre la syphilis, etc. Mais de tous les moyens il faut considérer comme le meilleur celui qui consiste à agir sur le processus pathologique local et ses excitateurs, sans détruire l'harmonie des cellules de l'organisme et tout en améliorant l'état général du malade. La sérothérapie doit être considérée comme un tel moyen et l'avenir lui appartient. Pour obtenir un sérum spécifique pour une maladie donnée nous immunisons des animaux dont la réceptivité est moindre par les agents excitateurs de cette maladie ; le sérum de ces animaux renferme encore avant l'immunisation, des substances qui manquent dans le sang de l'organisme malade, l'immunisation enrichit encore le sang de ces animaux d'autres substances (anticorps). Voilà pourquoi je laisse de côté toutes les tentatives de traiter les néoplasmes malins par d'autres moyens que la sérothérapie. Par exemple, en injectant, par voie hypodermique aux ânesses et aux chevaux, des cultures vivantes de blastomycètes, les parasites introduits dans l'organisme se multiplient pendant un certain temps au point injecté ; en même temps, ils attirent vers eux une quantité de globules blancs du sang.

En entourant les blastomycètes, ces globules blancs envoient des prolongements qui s'unissent aux parasites en formant ainsi une

masse qui entre dans le sang avec l'exsudat. A ce moment, le nombre des globules sanguins blancs se double chez l'animal aux dépens des polynucléaires et des éosinophiles. Ainsi, quelque chose de nouveau et de transformé commence à circuler dans le sérum de l'animal en dehors des corpuscules qui s'y trouvent habituellement (les alexines, les corpuscules immunisateurs, etc.). Quand on injecte un centimètre cube de sérum des animaux immunisés de cette manière pendant 12 à 24 mois, au cobaye et une partie de la culture des blastomycètes dans la cavité abdominale, le nombre de leucocytes dans le sang se double au bout de 24 heures. A l'examen d'une goutte de l'exsudat tiré de la cavité abdominale du cobaye, nous voyons des blastomycètes isolés entourés chacun d'une dizaine de leucocytes; par contre, quand on n'injecte que la culture des blastomycètes au cobaye de contrôle, le nombre de leucocytes dans le sang n'augmente pas, au contraire, il diminue plutôt et à l'examen d'une goutte de l'exsudat tiré de la cavité abdominale, nous voyons des leucocytes isolés par ci, par là, et une masse de blastomycètes.

J'ai déjà parlé plus haut de l'origine du traitement sérothérapique des tumeurs malignes, et publié dans le « Wratch 1901, n°s 25 et 26 », une étude sur ce sujet. Dans ce travail, j'avais indiqué toutes les hypothèses émises sur l'origine des agents excitateurs de cette affection et montré combien ces hypothèses sont peu fondées. En même temps, j'avais exposé, avec des preuves à l'appui, que, actuellement, les blastomycètes (levûres virulentes) peuvent être considérés comme les vrais agents excitateurs de la maladie en question, puisqu'ils ont été isolés en culture pure du sarcome et du cancer des hommes, que leur injection aux animaux provoque chez ces derniers des tumeurs à croissance rapide avec engorgement des ganglions lymphatiques et que les animaux succombent à la cachexie et à l'infection généralisée. Avec ces blastomycètes on a reproduit chez des animaux le cancer et le sarcome (Sanfelice, Léopold, Roncali, etc.). Dans des conditions spéciales, j'ai réussi à provoquer avec ces blastomycètes la prolifération de l'épithélium avec formation d'un adénome cylindro-cellulaire typique chez des rats et des singes et d'une tumeur adénoïde du foie chez des cobayes. Les pièces histologiques avaient été présentées aux professeurs Cornil (*Bulletin de la Soc. Anat.* février 1900. Du rôle des blastomycètes dans l'organisme) et Ranvier, de Parsi, Winogradoff, de Saint-Pétersbourg, Ziegler et Baumgarten (Comptes rendus de la Sect. anatomo-path. du XIIIe Cong. Intern. de Méd. Paris 1900 pages 369-363. Les blastomycètes dans la pathologie humaine, *Presse Méd.* 1901, 30 mars), lors du XIIIe congrès international de médecine tenu à Paris en 1900. Tous ces savants ont confirmé les faits constatés par moi. Le sérum que j'ai obtenu en immunisant pendant 12 à 24 mois avec les levûres en question, des oies, des pigeons, des ânesses et des chevaux, guérit les animaux moins réfractaires et infectés par ces mêmes levûres, quand le traitement

a été institué au début de l'affection, ou quand la tumeur a un développement purement local et n'est pas accompagnée d'infection du système lymphatique ; dans le cas contraire, il est possible de ralentir la marche de la maladie et de prolonger la vie de l'animal. Les pièces anatomiques des animaux atteints de tumeurs sont conservées au musée d'anatomie de l'Institut Pasteur ; les pièces histologiques sont conservées dans la collection de M. Borel, au même Institut.

Les recherches expérimentales que j'ai faites à l'Institut Pasteur, du mois d'octobre 1898 au mois de mars 1901, sur plus de 500 animaux, m'ont convaincu que le sérum que j'ai obtenu était complètement inoffensif, et je me suis décidé à traiter des malades avec ce sérum. Grâce au concours scientifique de plusieurs professeurs et collègues qui se sont vivement intéressés à mes recherches, à Paris, en Russie et dans d'autres pays, le sérum que j'ai obtenu fut appliqué avec utilité chez plus de 300 malades, tant dans les services cliniques (à Paris, à Lariboisière, dans les services du prof. Reynier et du docteur Landrieux; à Saint-Louis, dans le service du prof. Richelot ; à Beaujon, dans le service du prof. Berger; à l'Hôtel-Dieu dans le service du prof. Lucas-Championnière; à Broussais, dans le service du prof. Gilbert; à Saint-Pétersbourg, dans le service du prof. Ratimoff), qu'en dehors des cliniques.

(Voir *Journal de Médecine de Paris*, nos 3 et 17, 1901. Comptes rendus de la Société de biologie 1900, 1er décembre 1901, 2 février et 16 mars. — *Wratche*, Saint-Pétersbourg, 1901, nos 25 et 26. — Arch. de thérap., 15 février 1903.)

(*A suivre.*)

DES PELYKALGIES (douleurs pelviennes). — PATHOGENIE ET TRAITEMENT

par le docteur RENÉ DE LANGENHAGEN,
ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Luxeuil.

Le docteur René de Langenhagen de Luxeuil, a groupé sous le nom de Pelykalgies (du grec Πελοξ, bassin ; αλγοσ, douleur) toutes les douleurs, névralgies et pseudo-névralgies pelviennes. Il a eu surtout en vue dans sa communication d'étudier les prétendues difficultés du diagnostic étiologique de ces douleurs, et de dire un mot du traitement thermal dont les malades atteintes de ces algies peuvent être justiciables.

Les Pélykalgies ont, en effet, un réel intérêt pratique, quelle que soit leur cause (dysménorrhée, déviations utérines, rein mobile, fibrome, reliquats de pelvi-péritonites anciennes avec adhérences péri-utérines et annexielles, affections intestinales, appendicite.)

Les communications successives de Legendre, de Siredey, de Soupault, de Guinard ont attiré tout récemment l'attention sur les difficultés du diagnostic qu'on rencontre dans les cas de lésions

annexielles associées à des crises appendiculaires, coliques ou entéralgiques. M. R. de Langenhagen insiste particulièrement sur la coïncidence des lésions utéro-annexielles avec les crises intestinales ou appendiculaires.

Legendre a bien mis en lumière ce syndrome où la typhlo-colite, l'appendicite et la dysménorrhée marchent pour ainsi dire parallèlement.

On prête souvent peu d'attention à une grande catégorie de malades qui se plaignent de douleurs pelviennes et qu'on considère à tort comme de simples nerveuses. Et pourtant ces femmes souffrent et sont de véritables impotentes.

La pathogénie des algies pelviennes trouve une explication facile dans la *Congestion* que subissent au moment des règles tous les organes pelviens. La menstruation s'accompagne à chaque retour d'un mouvement fluxionnaire physiologique, et si l'on veut bien considérer que la maladie intestinale elle aussi, évolue par poussées successives, on s'expliquera plus aisément les douleurs dont le petit bassin est le siège par le fait du *spasme* qui retentit douloureusement à la fois et sur l'intestin et sur l'appareil utéro-annexiel. Il n'y a donc pas lieu d'incriminer plus spécialement l'utérus et les annexes ou l'intestin pour expliquer les douleurs pelviennes. Ces organes réagissent parallèlement ; il y a là comme un bloc qui souffre et, sous l'influence de causes variées, physiologiques ou pathologiques, l'utérus et l'intestin traduisent leurs communes souffrances par des névralgies pelviennes.

La plupart de ces cas sont liés à un état neuro-arthritique non douteux, comme l'a admirablement démontré Richelot ; ils se caractérisent par une tendance marquée aux stases veineuses, une nutrition défectueuse et une circulation pelvienne viciée : ainsi se trouvent réalisées les conditions nécessaires pour favoriser la congestion, créer le spasme, provoquer cette sensation de pesanteur pénible et maintenir les organes pelviens en état de souffrance. Il convient enfin de ne pas oublier les *adhérences* dont le rôle a une grande part dans la pathogénie des douleurs pelviennes.

Si nous ajoutons à cela que le neuro-arthritisme imprime sa marque de fabrique à tous ces cas et a sa part dans l'éclosion de ces douleurs, nous aurons fait la part de la susceptibilité nerveuse particulière de certaines malades.

Les utérines arthritiques sont généralement constipées ; elles fabriquent des réflexes congestifs et douloureux et font du spasme avec une facilité déplorable. Ce sont là de véritables déséquilibrées du bas-ventre chez qui un trouble organique superficiel et des troubles fonctionnels durables engendrent une neurasthénie qui à son tour retentit sur les fonctions pelviennes.

Peut-on soulager ces malades ? Oui, répondrons-nous sans hésiter. Le traitement par l'Eau chaude dans une station thermale est devenu classique dans les affections utéro-annexielles et

intestinales. L'Eau chaude décongestionne, l'Eau chaude est un antispasmodique de premier ordre.

Les Irrigations vaginales et les Lavages intestinaux combinés, associés, réaliseront la cure idéale dans le traitement des Pélykalgies, en combattant les phénomènes congestifs, en calmant les douleurs, les réflexes et les spasmes, tout en tonifiant l'état général de la malade.

Une particularité mérite d'être signalée à Luxeuil. Grâce à un ingénieux système de canalisation inspiré à Luxeuil même par notre ami Bonnaire, l'Eau est captée directement à sa sortie du griffon et amenée sans qu'elle voie le jour, directement dans la baignoire ; on a affaire de la sorte à une Eau vivante (suivant l'heureuse expression de Bonnaire), eau qui n'a pas subi le contact de l'air et de la lumière et qui conserve une température constante de 48°-50°. C'est là un progrès très apprécié par tous les gynécologues. L'Eau du griffon arrive au contact du col de l'utérus avec une faible pression. Et à ce propos nous sommes heureux de l'occasion offerte de *déconseiller* hautement l'usage du spéculum de bain pour ces Irrigations. Nous nous servons d'une canule de cristal droite à bout olivaire perforé sur les côtés. Il y a donc là un véritable bain local, l'Eau se trouve en contact permanent avec *toute la paroi vaginale*, l'Eau baigne les culs-de-sac et, à la faveur de ce bain local, il se produit une amélioration des conditions de la circulation viciée des organes malades, en même temps qu'un réveil de la tonicité des fibres musculaires du vagin et de l'utérus. On comprendra combien ce traitement contribuera à décongestionner les organes, facilitera la résorption des exsudats, préviendra les adhérences, redonnera la souplesse et l'élasticité normales à tous les tissus.

Les utérines, avons-nous dit, sont presque toutes constipées.

Les grands lavages intestinaux seront donc adaptés au cas de toutes ces impotentes pelviennes.

L'Entéroclyse aura pour but de déterger la muqueuse, de réveiller la contractilité intestinale, de triompher de l'état spasmodique. Nous insistons pour que la pression de ces lavages soit faible (40 à 50 cent.) et pour que la quantité de liquide soit modérée.

Les résultats que nous avons obtenus nous ont prouvé que l'effet de cette double balnéation chaude (encerclant pour ainsi dire les organes du petit bassin d'une double nappe d'Eau chaude) est des plus salutaires et nous voyons cette intervention suivie assez rapidement de la disparition des spasmes et des réflexes, de la rétrocession des phénomènes congestifs, et d'une circulation pelvienne plus régulière, d'où le calme, la paix et l'harmonie rétablis dans le Pelvis.

OBSTÉTRIQUE

TRAITEMENT DE LA PROCIDENCE DU CORDON

(*Société des sciences médicales de Lyon*).

M. Poullet. — La procidence du cordon est une complication du travail assez rare, heureusement, car elle crée un grave danger de mort pour l'enfant. Elle le fait périr dans les trois quarts des cas, dit Depaul. Une statistique de la mortalité infantile par cette procidence est impossible à établir ; mais on reste en dessous de la réalité en disant qu'elle tue plus de la moitié des enfants. Ce n'est pas qu'on ne se soit ingénié à trouver des moyens pour réintégrer dans la cavité utérine l'anse procidente du cordon ; depuis la méthode de Croff, qui conseilla, il y a près d'un siècle, d'aller avec la main porter le cordon assez haut pour l'accrocher à un membre de l'enfant, jusqu'aux nombreux instruments inventés pour le reporter en place et avec lesquels on réussit quelquefois. Je n'énumère pas ces instruments, le résultat global d'une telle pratique n'est nullement satisfaisant.

A-t-on fait autre chose ? Oui : il est question de protéger le cordon dans quelques auteurs anciens ; le protéger avec des linges, même avec une gaine de caoutchouc conseillée par Wallemberg en Hollande; au commencement du XIX[e] siècle ; mais cette protection n'a jamais visé que le prétendu péril par le refroidissement du cordon. Personne n'a jamais visé la protection de la circulation fœto-placentaire en assurant la persistance du calibre des trois vaisseaux du cordon, pendant la durée de l'accouchement.

Pour arriver à ce résultat, il faut se faire une idée exacte de la façon dont le cordon est comprimé ; savoir quel est le facteur principal de cette compression ; or la lecture de tout ce qui a été écrit sur le sujet ne donne qu'une idée inexacte et même erronée. D'après tous les auteurs, on arrive à cette idée que ce serait le bassin qui comprime l'anse funiculaire contre la tête fœtale ; ils conseillent tous de conduire le cordon vers l'articulation sacro-iliaque, vers l'espace le plus large du bassin. Or, même dans ce point, le cordon est comprimé de façon à faire périr le fœtus, parce que le bassin intervient peu dans la compression dont l'agent principal, sinon unique, est le segment inférieur de la paroi utérine.

C'est cette paroi qui, surtout pendant la contraction, supprime complètement toute circulation dans le cordon. Je dis « surtout », parce que la compression n'est pas absolument supprimée dans l'intervalle des contractions, elle est alors seulement amoindrie ; il persiste par instants une circulation irrégulière, plus ou moins suffisante. Exceptionnellement cependant cette circulation fœto-placentaire quoique très précaire reste suffisante pour laisser vivre quelques instants le fœtus. Quand on trouve dans le vagin une anse funiculaire procidente, il faut, pour juger à quel degré la

vie du fœtus est menacée, tâter le pouls fœtal sur ce cordon, en faisant avec soin la distinction entre le moment de la contraction utérine et le temps des intervalles entre les contractions. Quand l'utérus se contracte, les battements du cordon cessent et l'hématose placentaire est suspendue complètement ; mais la durée de la contraction atteint rarement plus d'une demi-minute de durée; cela se rétablit à un degré suffisant quand l'utérus se repose.

C'est donc uniquement pendant le repos utérin qu'il faut tâter ce pouls fœtal, pour juger du danger que court l'enfant et se déterminer à agir.

On s'explique très bien alors pourquoi dans le premier degré de la procidence, c'est-à-dire tant que les membranes ne sont pas rompues, la circulation peut persister dans le cordon pendant l'intervalle des contractions ; or l'interruption serait-elle complète pendant les courts laps de temps de la contraction, la procidence reste moins dangereuse pour le fœtus ; d'où il résulterait l'indication de retarder la rupture des membranes en tendant un ballon de caoutchouc mince avec de l'eau, dans le vagin, pour que la surface des membranes que le col ne protège plus vienne trouver sur cette membrane élastique un appui qui retarde sa rupture. Si l'on veut se rendre compte de l'action du segment inférieur utérin sur un cordon placé entre lui et la tête, il est facile de faire l'expérience très inoffensive suivante :

Aujourd'hui, grâce à un travail du professeur Budin, tous les accoucheurs font la ligature tardive du cordon pour laisser, pendant huit à dix minutes, l'enfant récupérer une certaine quantité de sang qui est à la naissance logé dans le placenta ; cette quantité n'est pas négligeable, puisqu'elle peut aller à 93 grammes. Pendant ces dix minutes, on a le loisir d'étudier certains détails de la circulation fœto-placentaire. Introduisez la tête du fœtus dans un conduit conique et élastique fait avec une bande d'Esmarch ; interposez une anse du cordon entre le caoutchouc et la tête ; poussez la tête dans ce cône de façon à sentir les pulsations du cordon faiblir et presque disparaître, cela simule l'action de la paroi utérine dans l'intervalle des contractions. Si vous poussez un peu plus fort la tête dans le cône, la paroi élastique de celui-ci se tend et il faut la tendre très peu pour supprimer tout à fait les battements du cordon.

On peut alors placer mon tube protecteur du cordon qui reçoit l'anse de celui-ci, et quelle que soit alors la tension du caoutchouc, les pulsations du cordon ne sont plus suspendues. Tarnier m'a dit avoir dans un cas réussi à sauver un enfant en tenant son index, pendant un temps suffisant, entre les deux brins du cordon procident, entre la tête et le bassin, disait-il ; l'important, c'est que son doigt était entre la tête et la paroi utérine ; le doigt ainsi placé peut très rarement faire une protection efficace, parce qu'il n'est pas assez long.

J'ai fait construire par la maison Lépine, de Lyon, un tube pro-

tecteur dont la forme et les dimensions permettent de le faire glisser sur deux doigts entre la tête fœtale et la paroi utérine, de la même façon qu'on introduit une branche de forceps. Bien entendu, on place ce tube après avoir introduit dans l'intérieur un ruban qui mis à cheval dans l'anse du cordon permet de tendre ce cordon pendant que l'on pousse le tube dont les parois montent ainsi autour des deux brins de l'anse funiculaire.

Pendant la pénétration de l'instrument, quand son extrémité dépasse la pulpe des doigts conducteurs, c'est le cordon lui-même qui, emprisonné dans le tube métallique, lui sert de guide pour la pénétration plus élevée. Le manche de l'insfrument reste en dehors de la vulve et lorsqu'on veut tâter le pouls fœtal sur le cordon, il est facile de le faire dans un espace réservé à la partie inférieure de l'instrument, où l'une des parois du tube a été enlevée, pour qu'on puisse facilement, par cette exploration, surveiller la circulation fœtale.

Si par ces explorations on juge que l'enfant n'est pas en danger on peut laisser marcher l'accouchement et éviter les interventions hâtives que l'on pratique souvent dans ces cas, alors que les parties maternelles ne sont pas encore assez préparées pour qu'une version soit d'une complète innocuité.

(*Société des Sciences médicales de Lyon*, 23 mars 1904.)

L'ANESTHESIE GENERALE EN OBSTETRIQUE PAR LE CHLORURE D'ETHYLE

Il arrive maintes fois dans la pratique générale des accouchements que l'indication se pose d'une intervention rapide dans le but de secourir la mère ou l'enfant, et un temps précieux s'écoule avant que l'on puisse agir activement, faute d'une anesthésie générale suffisante. Surtout s'il s'agit de parturientes nerveuses ou alcooliques, la narcose par l'éther ou le chloroforme se fait souvent attendre dix minutes, si l'on a l'ambition de la bien conduire et d'éviter les accidents d'administration massive et brutale.

Aussi l'idée devait-elle naître d'emprunter à la chirurgie un anesthésique permettant une insensibilisation presque immédiate : le chlorure d'éthyle.

Les premiers essais ont été faits à Inspruck par von Hacker en 1898, et depuis plusieurs années déjà cet anesthésique est rentré dans la pratique. Une communication de Malherbe au Congrès de Chirurgie, 1901, le vulgarisa parmi les chirurgiens. Dans les hôpitaux de Lyon, notamment, nombre d'entre eux s'en servent pour commencer l'anesthésie qui est ensuite continuée le plus souvent à l'éther.

En 1902, Lepage et Le Lorier l'employèrent à leur tour pour les petites interventions obstétricales.

Nous l'avons employé cette année une quarantaine de fois pendant que nous remplacions notre regretté maître le Pr Fochier,

à la Clinique obstétricale, et nous sommes convaincus qu'il peut rendre de nombreux services.

Le mode d'administration est des plus simples. Il suffit de diriger sur une compresse pliée en quatre doubles et tapissant l'intérieur de la main droite fortement creusée de façon à éviter une trop grande surface d'évaporisation, le jet d'un tube de chlorure d'éthyle (Kélène) jusqu'à ce qu'il se soit écoulé 10 centimètres cubes de liquide environ. Puis on coiffe aussitôt la bouche et le nez de la patiente en lui recommandant de faire rapidement quelques fortes inspirations. La malade, surprise par l'anesthésique, résiste en général quelques instants, mais bientôt la respiration se régularise, et au bout d'une minute environ la narcose est complète. Dans la majorité des cas, l'agitation est très modérée, souvent nulle.

Le chlorure d'éthyle peut être employé en obstétrique de deux façons principales : soit comme anesthésique exclusif pour les interventions très rapides, soit pour commencer une anesthésie qui est ensuite continuée au chloroforme ou à l'éther.

I. Dans le premier cas, on peut prolonger au besoin l'effet anesthésique pendant trois à quatre minutes en remettant une nouvelle dose de 10 centimètres cubes. Nous n'avons jamais essayé de prolonger davantage, car dès qu'une intervention nécessite plus de temps, il vaut mieux continuer par l'éther ou le chloroforme.

On peut l'employer seul pour un toucher obstétrical douloureux, tel qu'on en rencontre fréquemment chez les primipares nerveuses ou présentant du vaginisme essentiel ou symptomatique, ou, lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin qu'il faut soigneusement analyser. Et aussi dans nombre de petites interventions fort peu douloureuses que la susceptibilité nerveuse des malades rend tout de suite compliquées. Nous y avons eu recours trois fois, pour introduire des bougies de Krause, et un ballon de Champetier chez une femme enceinte qui s'agitait violemment à toute tentative de toucher.

Le réveil est ensuite très rapide et la malade peut se lever au bout de quelques minutes. Elle ne garde pas un mauvais souvenir de la rapide administration de l'anesthésique.

II. Il est beaucoup plus fréquemment indiqué en obstétrique de commencer l'anesthésie par le chlorure d'éthyle et de la *continuer par le chloroforme* dans le cas de souffrance de l'enfant ou de mort imminente nécessitant une extraction rapide par le siège, ou une version, ou dans la procidence du cordon constatée par exemple au moment de la rupture de la poche des eaux et coïncidant avec la coloration verte des eaux de l'amnios. Il en est de même dans les applications de forceps indiquées par des modifications profondes des bruits du cœur fœtal et pouvant faire craindre que l'enfant ne succombe avant ou pendant l'intervention. Tout instant perdu fait courir des dangers à l'enfant et l'anesthésie ainsi accélérée peut faire gagner 5 à 10 minutes.

Il y a aussi avantage à commencer l'anesthésie par l'insufflation

de chlorure d'éthyle et de la continuer *par l'éther* dans certaines hémorragies maternelles suivant l'accouchement (déchirure du col, du vagin, ou du segment inférieur), continuant après la délivrance et nécessitant par exemple un tamponnement utéro-vaginal; dans les délivrances artificielles, soit post-partum, soit post-abortum avec hémorragie importante. Enfin, dans l'extraction des membranes retenues après l'accouchement.

Pour tenter ces interventions, l'anesthésie n'est, le plus souvent, pas nécessaire chez les multipares et chez les femmes calmes et courageuses ; mais la rapidité de la narcose rendra des services quand il sera impossible de compter sur le calme de l'opérée, ou quand l'agitation de la malade paralysera l'opérateur au cours d'une intervention déjà commencée sans anesthésie.

Ce n'est pas par une quarantaine d'observations que l'on peut se rendre compte des dangers d'un anesthésique ; nous nous contenterons de signaler que chez la femme enceinte ou en travail, nous n'avons jamais observé aucun accident. Il n'y a jamais eu d'alerte d'anesthésie. Le chlorure d'éthyle amène souvent de l'anesthésie du globe oculaire et la disparition momentanée du réflexe cornéen, même quand l'anesthésie est encore légère. Il faut savoir qu'on ne peut pas compter toujours sur l'existence de ce réflexe pour surveiller le degré de l'anesthésie.

Quand le kélène est employé seul, le réveil des malades est très rapide, et c'est là un avantage quand on a besoin d'obtenir, de la parturiente, des actes conscients consécutifs à l'intervention. Quelques minutes après, la malade ne se ressent plus de son anesthésie.

Il semble donc que le chlorure d'éthyle puisse rendre aussi en obstétrique des services. Il ne produit pas chez la femme enceinte plus d'accidents qu'en dehors de la grossesse. Il est inoffensif et permettra, l'indication opératoire une fois posée, une intervention dont le succès réside souvent dans la rapidité de l'exécution.

D[r] PLAUCHU, chef de clinique obstétricale *in Lyon Médical.*

PÉDIATRIE

TRAITEMENT CURATIF DES INFECTIONS CUTANEES DU NOURRISSON

Par le P[r] Léon D'ASTROS (de Marseille).

Les principales infections cutanées du nourrisson sont, on le sait : l'*impétigo* dû au streptocoque (Leroux), le pemphigus, l'ecthima, la folliculite, le furoncle, les pyodermites sudorales, les abcès de la peau, les lymphangites, les gangrènes cutanées, etc.

I. *Traitement local.* — Ce traitement doit remplir un double but : 1° Il doit stériliser les pyodermites et les régions infectées de la peau ; il doit empêcher les inoculations ultérieures.

Il est bon généralement de commencer le traitement par une désinfection générale de la peau. Le moyen le plus efficace est, chez les nourrissons, le bain de sublimé à 1/15,000 : 1 gramme de sublimé pour 15 litres d'eau. Si l'on craint l'action du sublimé dans le cas de lésions trop étendues, on le remplacera par un bain savonneux suivi de l'application de pommade à la vaseline naphtolée à 1/10 (Hutinel). Ces bains pourront être répétés pendant le cours du traitement.

a) Dans les infections superficielles *ouvertes*, la double indication, que nous formulions tantôt, doit être réalisée par des lavages pour aseptiser, par des pansements pour préserver les régions voisines. Mais une notion essentielle doit dominer les indications thérapeutiques, c'est celle de la délicatesse toute spéciale de la peau du nourrisson ; une préoccupation doit présider à l'institution du traitement, c'est avant tout de ne pas nuire. A certaines applications intempestives la peau du nourrisson réagit par des érythèmes, qui créent un terrain favorable à l'extension de certaines infections et qui peuvent aggraver la situation.

Ce respect dû à la peau du nourrisson guidera tout d'abord dans le choix des liquides et des solutions de lavage. L'eau bouillie avant tout, l'eau bicarbonatée quelquefois, l'eau très légèrement boriquée suffiront dans bien des cas ; les lavages seront répétés toutes les 24 heures, quelquefois deux fois par jour, avant les pansements. Dans certains cas déterminés, sur lesquels nous reviendrons, les lavages à l'eau d'Alibour étendue, les attouchements à l'eau oxygénée, seront des plus efficaces.

Comme pansement, après un lavage à l'eau bouillie, l'application d'une simple gaze aseptique sans incorporation d'antiseptiques répondra bien souvent aux indications par son pouvoir absorbant. Comme pommades, on donnera la préférence aux pâtes épaisses de zinc, additionnées quelquefois d'une faible dose d'acide borique ou d'acide salicylique. Les pâtes sont préférables aux emplâtres. Si l'on avait recours à ceux-ci, on choisirait l'emplâtre de zinc de préférence à l'emplâtre rouge de Vidal et au Vigo. Dans les formes suintantes on emploiera les poudres, telles que mélange de talc, de sous-nitrate de bismuth et d'oxyde de zinc.

Il est certains agents thérapeutiques dont mention spéciale doit être faite.

Les sulfates de zinc et de cuivre, tels qu'ils entrent dans la composition de l'*Eau d'Alibour*, sont, ainsi que Sabouraud y est revenu récemment, les meilleurs antiseptiques à employer contre l'impétigo. L'eau d'Alibour peut être employée au 1/5 pour les lavages : mais, même étendue de 10 et 15 fois son volume d'eau, elle est encore fort active et souvent suffisante chez les nourrissons. Chez eux, les lavages répétés sont moins pratiques que les pansements humides permanents que Sabouraud conseille sous forme de cataplasmes de fécule ou d'amidon cuit, arrosés d'eau d'Alibour au 1/3 ;

le pansement est maintenu par une bande de laine qu'on soulève toutes les trois ou quatre heures pour mouiller le pansement.

L'eau oxygénée est un excellent antiseptique qui a été appliqué par Marfan au traitement des affections pyodermiques de l'enfance: ecthyma, impétigo, folliculites, abcès sous-cutanés multiples après incision. L'eau oxigénée a le grand avantage de ne pas être toxique. Il n'y a aucun inconvénient à se servir d'eau pure à 10 ou 12 volumes, pourvu que ce soit en lotions et non en application permanente (Cochart).

L'*iodoforme* est un antiseptique puissant, mais qui peut présenter des dangers. Il doit être réservé aux formes graves et localisées de l'infection cutanée, telles que l'ecthyma térébrant (Lascoronsky) et les gangrènes de la peau.

b) Dans les lésions que le médecin est appelé à *ouvrir*, telles que furoncles, abcès multiples, il est certaines précautions à prendre pour empêcher les inoculations de voisinage. Grégor (de Breslau) conseille le procédé suivant: Savonner et nettoyer à l'éther la région de l'éruption, l'enduire d'une couche épaisse de vaseline boriquée à 10/100 pour protéger la peau des inoculations secondaires ; puis inciser tous les abcès, même ceux qui ne présentent pas encore de fluctuation, et les vider complètement ; éponger soigneusement les gouttes de pus et de sang, sans enlever la pommade ; panser à sec. En quatre ou six séances on peut obtenir une guérison définitive.

II. *Traitement général.* — L'état général, dans les formes aiguës des infections cutanées, doit être quelquefois soutenu par les stimulants généraux (grogs, caféine, huile camphrée en injections). Je ne puis aborder ici le traitement des nombreuses complications que j'ai signalées.

Dans les formes chroniques à tendance cachectique, on peut tirer quelque profit des injections sous-cutanées d'eau salée, à condition que l'enfant ne soit ni tuberculeux ni néphrétique ; mais c'est surtout à des conditions d'hygiène générale, à une alimentation appropriée, et à l'ensoleillement, par le séjour à la campagne et quelquefois au bord de la mer qu'il faut demander la reconstitution de ces petits organismes infectés.

MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

L'adrénaline en gynécologie (Fenomenov). — L'adrénaline, en application locale, très vaso-constrictive pour la muqueuse nasale, l'est beaucoup moins pour la muqueuse laryngée, ne l'est pas du tout pour la muqueuse buccale. Similairement dans la sphère génitale, alors qu'elle n'a nulle action vaso-constrictive sur la muqueuse vaginale, l'adrénaline est efficacement vaso-constrictive de la muqueuse du col (surface vaginale) ; bien plus, il suffit de badigeonner la surface vaginale du col pour que, sans qu'une goutte n'ait pénétré dans la cavité du corps de l'utérus, un curettage de celui-ci

puisse être fait avec un minimum d'hémorragie.

Le Chloralose comme hypnotique. — Hanriot a obtenu le chloralose en faisant agir le chloral anhydre sur le glucose.

M. Ch. Richet a étudié l'action physiologique du chloralose : A la dose de 0 gr. 3 à 0 gr. 5 par kilog. d'animal, le sommeil se produit au bout d'une demi-heure, et profond au bout d'une heure et demie ; l'animal non seulement a conservé l'action de ses réflexes, mais ceux-ci sont exagérés. L'anesthésie est complète, tandis que le moindre choc extérieur détermine un soubresaut général, une sorte de convulsion tétanique. Au delà de 0 gr. 50 par kilog. d'animal, la mort survient par arrêt de la respiration.

MM. Ch. Richet, Moutard-Martin, Landouzy, P. Marie et Ch. Segard ont employé le chloralose comme somnifère, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 60. Ce remède a bien réussi dans tous les cas où l'administration du chloral comme hypnotique est indiquée, et comme anesthésique à des doses plus fortes, le maximum étant 1 gr. 50.

D'après les Drs Héricourt et Ch. Féré, le chloralose est surtout indiqué comme hypnotique dans les affections cardiaques ; il a encore le grand avantage d'être très bien toléré par l'estomac.

Mais on ne doit l'administrer qu'avec beaucoup de prudence aux hystériques, car chez ces malades il provoque parfois l'apparition de troubles variés en apparence très inquiétants : tremblements généralisés, sommeil léthargique, paralysies diverses, dont la durée n'excède d'ailleurs pas vingt-quatre heures, et qui disparaissent sans laisser de traces.

Comme la tare hystérie est souvent méconnue, il est indiqué de ne jamais commencer par des doses supérieures à 1 décigramme. En tout cas, la dose de 0 gr. 40 par jour doit être considérée comme une forte dose qu'il ne faut dépasser que dans des circonstances spéciales ; ce n'est guère que chez les grands épileptiques et chez les aliénés qu'on a pu sans inconvénient (Ch. Féré) arriver aux doses de 1 gr. 50.

Le chloralose se donne sous forme de cachets de 0 gr. 10, à la dose de 1 à 3 par jour.

Le fluoroforme contre la tuberculose. — C'est un corps gazeux répondant à la formule $CHFl^3$.

On l'emploie en solution aqueuse à 2,8 p. 100 sous le nom de *Eau fluoroformée*, dont on administre quatre ou cinq fois par jour une cuillerée à café ou une cuillerée à bouche. Il est presque inodore et insipide.

Stepp, de Nürnberg, a fait connaître quelques résultats heureux obtenus dans des cas divers de tuberculose par l'emploi du fluoroforme.

Dans la tuberculose pulmonaire, on a obtenu de bons résultats dans 9 cas sur 14 où le traitement au fluoroforme a été essayé. Les 5 cas où le traitement échoua après une première amélioration étaient ceux où des cavernes s'étaient déjà formées.

Dains les cas de tuberculose périphér que, les résultats furent encore plus satisfaisants.

Une guérison qui mérite aussi d'être signalée est celle d'un lupus existant depuis vingt-huit ans et contre lequel tous les efforts de la médecine étaient restés vains. Après un usage assez long du fluoroforme, de 100 grammes par jour, il se produisit une rubéfaction intense, la joue se gonfla, puis une grande plaie s'ouvrit qui se recouvrit d'une peau normale. (Bocquillon, méd. nouveau, Paris, 1903).

La valeur thérapeutique du lithium, par Wood. — Dans la diathèse dite acide, arthritique, rhumatismale, l'acidité, l'acide urique ne serait pas, autant que l'on croit, *la bêtenoire* à combattre, et la lithine, l'alcalin par excellence propre à solubiliser cet acide urique, mieux que la soude, que la potasse ; il le fera mieux *in vitro*, voilà tout. Bien plus, Wood paraît bien plus convaincu de sa nocivité que de son utilité ; il déprimerait la circulation, paralyserait les vaisseaux, provoquerait la transpiration, tous faits attribués à tort au mal lui-même.

L'Uréthane comme hypnotique. — C'est un éther éthylique de l'acide carbamique, carbamate d'éthyle, Ether carbamique. Ethyluréthane.

Il se présente en cristaux incolores, de saveur un peu amère ; très soluble dans l'eau et l'alcool. Il ressemble au salpêtre.

On obtient ce corps : 1° en faisant agir l'ammoniaque sur le chlorocarbonate d'éthyle ; 2° par l'action de l'ammoniaque anhydre sur le carbonate d'éthyle (éther carbonique) ; 3° par l'action de l'alcool sur le chlorure de cyanogène.

Etudié d'abord par Schmiedeberg, puis par Huchard, enfin par J. Gordon. Ses avantages sur les autres agents hypnotiques sont les suivants : absence de toute action secondaire, facilité avec laquelle les malades le prennent, et enfin sommeil tranquille, ressemblant tout à fait au sommeil naturel. Il conviendrait surtout dans la thérapeutique infantile, chez les individus atteints de délire alcoolique et chez ceux qui sont sujets à des accès de manie. Son grand avantage est sa parfaite solubilité, mais il est en réalité fort peu actif.

Doses. — On prescrit 1 à 2 gr. aux adultes et 0 gr. 50 à 1 gramme aux enfants, dans une potion de 150 grammes. Il n'est toxique qu'à doses élevées (10 grammes).

Uréthane	3 à 4 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	20 —
Eau de tilleul	40 —

à prendre en une fois.

La médication minéralisatrice. — (Gillet).—Le principe de la méthode consiste à redonner à l'organisme les sels qu'il a perdus, *reconstituer l'équilibre du plasma sanguin*.

Nature des médicaments. — Après avoir mis l'estomac en état, par exemple en donnant, cinq minutes avant le repas, dans un cachet :

Sulfate de potasse	5 centigr.
Azotate de potasse	5 —
Bicarbonate de soude	30 —
Poudre d'yeux d'écrevisse	25 —
Poudre d'ipéca	1 —

pour un cachet. F. s. a. dix cachets semblables.

Puis traitement par étapes :

Prescrire : 1° des *poudres salines*, dans lesquelles les sels se retrouvent dans les *cendres du sang total*.

Chlorure de sodium	27 gr.
— de potassium	2 —
Phosphate de soude	4 —
— de potasse	2 —
— de chaux	1 —
— de magnésie	1 —
Sulfate de potasse	2 —
Bicarbonate de soude	11 —
Carbonate de fer	1 —
Poudre d'hémoglobine	5 —

Divisez cette quantité en quatre-vingts cachets. Prendre deux cachets avant le déjeuner et le dîner, pendant trois semaines à un mois.

2° L'administration de fer :

Tartrate ferrico-potassique	10 centigr.
Poudre de rhubarbe	5 —
Magnésie calcinée	5 —
Extrait de quinquina	10 —

pour une pilule. Prendre une pilule au commencement du déjeuner et du dîner.

L'addition de la magnésie a pour but de remédier au déficit magnésien constaté dans le sang et dans l'urine de la plupart des anémiques.

Ou bien, pour aller plus vite, associer 1° et 2° dans la *thériaque minérale* aux principes minéraux, associés à des matières organiques pour faciliter l'assimilation :

Chlorure de sodium	15 gr.
— de potassium	10 —
Phosphate de soude	13 —
— de potasse	6 —
Glycéroph. de chaux	1 —
— de magnésie	1 —
Sulfate de potasse	1 — 50
Carbonate de fer	0 — 50
Poudre d'hémoglobine	2 — 50
Glycérophosphate de fer	15 —
Jaune d'œuf	15 —
Lactose	10 —
Caséine	5 —
Poudre de fèves de Saint-Ignace	1 —
Poudre de rhubarbe	4 —
	100 gr.

Mêlez très exactement et divisez en cent paquets.

Dose. — Un paquet avant le déjeuner et un avant le dîner ; augmenter progressivement suivant le degré de la tolérance stomacale, jusqu'au *maximum de six par jour*.

3° Joindre comme régime : jaune d'œuf, viande de bœuf, pois, lentilles, épinards, fraises, aliments les plus ferrugineux.

Enfin, vin de Bourgogne comme base de la boisson : couper avec eau minérale ferrugineuse.

Indications. — *Anémies plasmatiques* de la *tuberculose*, *phosphaturies*, *hémoglobinuries*, *albuminuries* fonctionnelles phosphaturiques, dyspeptiques, *anémies*, *chloroses*.

FORMULES

Contre l'otite aiguë
(M. Solt).

Ichthyol................	1 gr.
Glycérine................	7 — 50
Eau distillée............	7 — 50

Mêlez. — Instillez trois fois par jour quelques gouttes de ce mélange dans l'oreille.

Ce sont les excellents résultats obtenus par l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des périmétrites qui ont suggéré à M. le docteur Solt (de Mitau) l'idée de se servir également de cette substance contre l'otite aiguë. Et en effet, l'ichthyol exercerait dans cette dernière affection une action des plus favorables, se manifestant par la cessation rapide des douleurs et la disparition progressive des phénomènes inflammatoires de la caisse du tympan.

Traitement de la fissure anale.
(Katzenstein.)

Façonner une mèche de ouate hydrophile de la grosseur d'une aiguille à tricoter, l'imbiber du mélange ci-dessous, préalablement chauffé et agité :

Extrait de belladone......	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 05
Ichthyol................	6 gr.

et l'introduire au moyen d'une sonde mince. Le soulagement est immédiat. Après chaque défécation, une nouvelle mèche est introduite. La guérison a lieu après huit à quinze jours.

Electuaire laxatif pour les enfants.

Manne en larmes..........	25 gr.
Magnésie calcinée.........	50 gr.
Fleur de soufre lavée......	50 gr.
Miel blanc.................	200 gr.

de une à deux cuillerées à soupe.

Pour activer la sécrétion lactée.

Extrait de Galega...	5 gr.
Teinture de vanille...	XX gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	200 gr.

Sirop laxatif pour enfants.

Voici une formule de sirop laxatif avalé sans répugnance par les enfants :

Extrait fluide de Rhamnus frangula..................	5 gr.
Sirop de sené	25 —
Sirop d'orange.......	50 —

Donner à l'enfant une ou deux cuillerées à café le soir se couchant.

Ce sirop convient aux enfants de trois à cinq ans.

Les crises douloureuses de l'entéro-colite.

Extrait de belladone........	0,02
Extrait de jusquiame........	0,02
Extrait de chanvre indien...	0,02
Menthol	0,05
Alcool de menthe...........	5 gr.
Eau chloroformée.........	50 gr.
Julep gommeux........... .	100 gr.

Par cuillerée à soupe d'heure en heure ou de deux en deux heures.

Contre l'adynamie cardiaque de la fièvre des enfants.

1° *Potion :*

Sulfate de spartéine...	0,10 ctgr.
Eau distillée...........	25 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères..........	20 —

Une cuillerée à café contient 0 gr. 01 centigr. de spartéine.

On en donnera à partir de trois ans, deux cuillerées à café ; de cinq ans, cinq cuillerées à café ; de dix ans, dix cuillerées à café.

2° *Injections hypodermiques :*

Sulfate de spartéine	0 gr. 25 ctgr.
Eau distillée.......	q. s. p. 25 gr.

A partir de l'âge de : trois ans, deux demi-seringues Pravaz dans la journée ; de cinq ans, deux seringues ; de dix ans, deux seringues et demie.

Le carbonate de créosote contre la tuberculose.

On emploie une solution aqueuse de 1/15 qu'on administre dans de l'eau sucrée :

De 10 à 15 mois 1 cuillerée à café par jour.

De 15 mois à 3 ans 1 à 3 cuillerées à café par jour.

De 3 à 5 ans 3 à 5 cuillerées à café par jour.

De 5 à 10 ans 1 à 3 cuillerées à bouche.

Adultes 3 à 6 cuillerées à bouche.

Créosotal (Carbonate de créosote). — Substance mielleuse, insoluble dans l'eau, miscible à l'éther, à l'alcool ; soluble dans les huiles grasses ; inodore et ne présentant pas la saveur brûlante de la créosote dont il est le succédané. Le créosotal est beaucoup mieux supporté qu'elle.

Enfants au-dessous de 8 ans, 0,25 à 0,50 et 4 grammes.

8 à 10 ans, 5 à 10 grammes.

Adultes, 5 à 15 grammes.

On le donne soit pur par cuillerée à café, ou en capsules de 0 gr. 50 centigr., soit mélangé à l'huile de foie de morue (10 p. 100), ou à du vin de Tokay.

Créosote. — Antiseptique des voies respiratoires :

1 à 2 grammes par jour, chez l'adulte ,en solution étendue. Chez les enfants (Marfan) :

De 0 à 15 mois, 0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour.

De 15 mois à 3 ans, 0 gr. 15 à 0 gr. 25 par jour.

De 3 à 5 ans, 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour.

De 5 à 10 ans, 0 gr. 25 à 1 gramme par jour.

Dans la tuberculose pulmonaire, on emploie surtout l'huile de foie de morue créosotée, à 4 ou 8 p. 1000.

On emploie les injections d'huile créosotée, suivant la méthode de Burlureaux :

Créosote pure	10 gr.
Huile d'olive vierge stérilisée	140 —

Il faut injecter profondément en plein muscle, dans la région rétrotrochantérienne. On commence par 5 à 10 grammes, tous les deux ou trois jours.

Gilbert conseille la formule suivante :

Créosote de hêtre	25 gr.
Eucalyptol	30 —
Camphre	15 —
Aristol	10 —
Huile de pied de bœuf stérilisée	q. s.

pour obtenir 250 cent. cubes de solution.

Chaque centimètre cube contient 0 gr. 50 de créosote.

La voie rectale est la meilleure pour faire pénétrer la créosote dans l'organisme. — Pour préparer un lavement créosoté, *on émulsionne avec un soin extrême la créosote pure de goudron de hêtre* dans 125 cent. cubes de lait, ou dans 30 cent. cubes d'huile d'amandes douces ; on favorise dans ce cas l'émulsion à l'aide d'un jaune d'œuf, puis on ajoute un volume d'eau suffisant pour atteindre 120 c. cubes. Si l'émulsion est parfaite, le médicament est bien toléré. On commence par 1 gr. 50 à 2 grammes ; on augmente de 0 gr. 25 tous les trois jours, jusqu'à 4, 5 et 6 gr. Il faut faire prendre ce lavement à l'heure du coucher, ou longtemps avant le lever, loin des repas ; le faire précéder d'un lavage préalable de l'intestin, ajouter, si c'est nécessaire, VIII à X gouttes de laudanum (Charrin).

A. Casati préconise la créosote à haute dose, dans le traitement des phlegmasies pulmonaires aiguës, de la broncho-pneumonie et de la pneumonie fibrineuse chez l'adulte comme chez l'enfant. La créosote agirait comme antiseptique vis-à-vis des pneumocoques ; d'autre part, en tant que stimulant du cœur (Fernet) elle exercerait une influence manifestement favorable sur l'évolution du processus pneumonique.

Casati administre la créosote sous la forme suivante :

Créosote de hêtre	25 gr.
Teinture de gentiane	50 —

25 à 150 gouttes par jour dans un peu de vin.

Aux adultes, on commence par donner 50 gouttes le premier jour, 100 gouttes le lendemain et le troisième jour et l'on reste à cette dernière dose durant trois ou quatre jours, c'est-à-dire jusqu'à la période de résolution, à partir de laquelle on prescrit 50 gouttes par 24 heures pendant encore 5 ou 6 jours.

On fait prendre aux enfants d'abord 25 gouttes par jour, puis on porte progressivement cette dose à 75 gouttes. Après chaque prise de créosote, il est bon de donner aux enfants quelque sucrerie pour enlever le goût très désagréable des médicaments.

13349. — MACON, IMP. X. PERROUX.

GYNÉCOLOGIE

ESSAI CLINIQUE SUR LES SALPINGITES SYPHILITIQUES

Par le Dr Wassilieff, de Paris, chirurgien de l'hôpital de Saint-Cloud.

Les hasards de la clinique m'ont mis plusieurs fois, depuis huit ans, en présence de lésions annexielles à aspect particulier, à marche assez caractéristique et relevant de l'infection syphilitique : il m'a paru intéressant de vous faire part des faits que j'ai observés.

Conformément à l'ordre naturel des choses, je méconnus, la première fois, l'origine des lésions et pratiquai une laparotomie. L'apparence anormale des trompes me frappa et me fit penser qu'il s'agissait d'une lésion sinon inconnue, du moins à peine décrite, que je crus devoir rattacher à la syphilis : les événements ultérieurs me donnèrent raison.

Depuis 1896, date de mon premier cas, j'observais quatre autres faits cliniquement semblables, ce qui m'a engagé à publier leur relation dans le but d'apporter une contribution à l'étude des lésions annexielles syphilitiques.

J'ai intitulé ce travail « Essai clinique sur les salpingites syphilitiques », parce que les lésions des trompes m'avaient surtout frappé. En réalité, il y a lieu d'étudier les annexites spécifiques, car l'ovaire, lui aussi, paraît devoir subir les atteintes de l'infection.

Cependant, j'insisterai seulement, ici, sur les salpingites, moins connues que les ovarites syphilitiques, dont, déjà, mon collègue et ami Ozenne a rapporté plusieurs observations, qui font honneur à son remarquable sens clinique.

Ce n'est pas qu'on ait oublié de mentionner les accidents qui se produisent dans l'appareil annexiel de la femme affectée de syphilis; des symptômes divers sont fréquemment observés du côté des organes génitaux internes pendant la période secondaire. Mais ces symptômes s'amendent très rapidement et disparaissent sans laisser de traces : ce sont de simples épisodes au cours d'un ensemble symptomatique général.

Les lésions sur lesquelles je désire attirer l'attention des cliniciens et des chirurgiens, sont très différentes. Elles s'installent comme une maladie locale, c'est-à-dire qu'elles n'accompagnent pas et ne sont pas accompagnées de lésions visibles sur d'autres points du corps; qu'elles évoluent comme une maladie bien localisée, ayant cependant une marche spéciale

et une symptomatologie torpide, que seul l'examen attentit d'un clinicien prévenu fait découvrir.

Voici ma première observation :

Mme S... vient me consulter parce qu'elle éprouve depuis plusieurs mois des douleurs dans le bas-ventre et parce que ses règles, devenues plus abondantes qu'autrefois, se montrent aussi à intervalles très rapprochés.

Agée de 40 ans, elle n'a fait aucune maladie jusqu'à son mariage. Elle a accouché, à 21 ans, d'une fille encore vivante et se portant bien ; elle n'a pas eu de fausse couche. A l'âge de 25 ans, elle a eu, dit-elle, de l'eczéma, qui a disparu en deux mois. Depuis elle s'est toujours bien portée jusqu'au mois de janvier 1896, époque à laquelle elle s'aperçut de légères douleurs dans le côté droit du bas-ventre. Ces douleurs, très peu fortes, duraient deux ou trois jours, puis disparaissaient pour quinze jours ou trois semaines, pour se reproduire, durer alors plus longtemps avec plus d'acuité et disparaître à nouveau, mais pour un temps moindre que la fois précédente.

Ainsi les douleurs augmentaient de durée, d'intensité, en même temps que l'intervalle de deux crises devenait plus court. Au bout de trois mois, en avril 1896, des douleurs sourdes se firent sentir dans le côté gauche et affectèrent la même marche que celles du côté droit, si bien qu'à la fin de juillet 1896, les douleurs devinrent continues avec exacerbations de plus en plus fréquentes. Elles ne s'accompagnaient ni de ballonnement du ventre, ni de nausées, ni de vomissements.

Il y avait perte de l'appétit, amaigrissement peu prononcé, accompagné d'une tristesse invincible.

Les douleurs étaient, point à remarquer, plus intenses la nuit et interrompaient fréquemment le sommeil. Les mictions ne sont pas plus fréquentes que d'habitude, les urines sont normales ; il y a constipation habituelle cédant facilement à l'emploi des lavements glycérinés. Les règles sont devenues très fréquentes et très abondantes. Elles étaient encore normales en décembre 1895.

Mais en janvier 1896, elles avancèrent de cinq jours ; en février de huit jours et durèrent huit jours au lieu de cinq ; en mars l'avance fut de dix jours, la durée de huit jours ; en avril et mai, avance de douze jours et durée de huit jours ; en juin, avance de quinze jours et durée de dix jours.

C'est à ce moment que la malade vint me consulter ; après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, j'examinai la patiente.

Le palper abdominal profond fait découvrir une région sensible douloureuse sans grande intensité, correspondant aux annexes de chaque côté ; cependant je ne sens aucune masse anormale, le ventre est souple, non ballonné.

Au palper superficiel, je découvre plusieurs points doulou-

reux, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal sur le bord externe du grand droit à trois travers de doigt au-dessus du pubis, sur le trajet de l'artère fémorale, et cela des deux côtés, mais les points sont plus douloureux à droite qu'à gauche.

Au toucher simple, utérus en forte antéversion, col normal.

Les mouvements imprimés à l'utérus provoquent une certaine douleur ; le cul-de-sac postérieur est libre ; les culs-de-sac latéraux sont douloureux ; tout à fait en avant, on sent l'ovaire également douloureux, ainsi qu'un cordon dur, du volume d'un crayon. La malade ayant gardé le lit depuis deux mois et ayant suivi sans résultat les traitements les plus divers, réclamait une opération.

Le souvenir de mon premier cas me fit bien penser à la possibilité d'une salpingite syphilitique ; mais je ne m'attardai pas à ce diagnostic, en raison de l'isolement de mon premier cas. J'acceptai de pratiquer une laparotomie avec le secret espoir de retrouver des *trompes bleues*.

Je pris le mari à part et essayai d'obtenir quelques renseignements sur son état de santé antérieur, mais je ne pus avoir aucune indication sur l'existence de la syphilis.

La laparotomie fut donc pratiquée le 15 novembre 1898.

La trompe droite était bleue, mais la gauche était blanche, à peine rosée, dure, presque rigide et rectiligne, adhérente à la paroi abdominale, tandis que la droite était libre d'adhérences.

Me rapportant à mon premier cas, je laissai en place la trompe bleue et enlevai la gauche, décidé à soumettre la malade au traitement spécifique aussitôt après la guérison opératoire, qui se fit comme d'habitude, c'est-à dire que la malade se leva le sixième jour, débarrassée des fils et du pansement.

Quinze jours après l'opération, j'instituai le traitement antisyphilitique et j'obtins en un mois le résultat suivant : les douleurs qui avaient persisté après l'opération, disparurent à *droite*, du côté où j'avais laissé en place la trompe bleue, mais persistèrent, quoique très amoindries, à gauche, c'est-à-dire du côté où j'avais enlevé l'organe.

Cependant les points douloureux siégeant sur les fémorales, épigastriques, utérines avaient disparu.

Les règles reparurent, normales, à partir du deuxième mois; mais les douleurs persistèrent encore, intermittentes et très légères à gauche. L'examen histologique pratiqué par feu le docteur Leh, montra qu'il s'agissait d'une sclérose totale de la paroi tubaire et qu'il existait une périartérite intense des ramifications sous-ovariennes.

Mon regretté ami le docteur Leh n'hésita pas à rapporter ces lésions à la syphilis, ce qu'avait fait prévoir la disparition des symptômes du côté droit sous l'influence du traitement spécifique.

De ces deux observations se dégagent, à mon avis, les faits suivants :

Il y a des salpingites qui guérissent sous l'action du traitement antisyphilitique. Au point de vue de l'aspect macroscopique, les trompes, peut-être atteintes de lésions syphilitiques, se présentent sous deux aspects. Tantôt la trompe est bleue, de consistance ferme, tantôt elle est presque blanche, dure et rigide ; dans les deux cas de petit volume et de forme régulièrement cylindrique, la trompe bleue paraissant être la première étape d'une lésion qui aboutit à la trompe blanche *sclérosée*. Dans ce dernier cas, l'altération, sans doute analogue au rétrécissement syphilitique du rectum, est rebelle au traitement spécifique comme le montre l'observation suivante.

Ce troisième cas concerne une femme de 38 ans, qui est entrée dans mon service de l'hôpital de Saint-Cloud, adressée par Mme Garreau, sage-femme de l'hôpital.

Cette dame F... souffrait depuis trois ans de douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs, d'abord intermittentes et de peu de durée, augmentèrent d'intensité, en même temps que les crises se rapprochaient. Les règles ont toujours été abondantes ; pendant deux ans, il y eut tous les mois une avance de huit ou dix jours, mais la troisième année tout sembla à ce point de vue rentrer dans l'ordre. Les douleurs diminuèrent un peu, mais devinrent presque continues, avec exacerbations nocturnes. L'appétit a diminué notablement, l'amaigrissement a augmenté ; enfin dans ces trois derniers mois apparut une soif assez vive. Les urines sont abondantes et aqueuses : elles contiennent du sucre, sans albumine.

Le palper abdominal superficiel permet de découvrir de la douleur à la pression sur le trajet des artères épigastriques et iliaques externes ; les fémorales sont également douloureuses à la pression, mais non spontanément. Les régions annexielles sont peu douloureuses.

Au toucher, douleur provoquée sur la face interne des branches ischio-pubiennes. Col normal; utérus en rétroflexion. Sur les côtés du col, au toucher immédiat du cul-de-sac latéral, point douloureux assez prononcé ; sur la paroi vaginale, douleur sur le trajet de l'artère vaginale que l'on sent très nettement.

Plus profondément que le point douloureux du cul-de-sac et plus en arrière on trouve de chaque côté l'ovaire et la trompe, celle-ci petite et dure, également douloureuse. Cette femme a eu, il y a douze ans, plusieurs fausses couches. Elle a eu, à cette époque, des maux de gorge, des maux de tête très violents, surtout nocturnes ; elle a perdu ses cheveux et a eu, dit-elle, des boutons à la matrice (c'est-à-dire à la vulve). M'appuyant sur la marche de la maladie, les points douloureux siégeant au niveau des artères, sur la petitesse des lésions et sur les commémoratifs, comparant l'ensemble symptomatique à celui que j'avais observé déjà dans les cas semblables, je diagnostiquai une lésion syphilitique des annexes et soumis la malade au traitement spécifique.

Au bout de six semaines, aucun résultat thérapeutique n'était obtenu et je pratiquai l'hystérectomie vaginale avec l'aide du docteur Sesboüe et de mon ami Chastagnol, interne à Bicêtre, en présence de Mme Garreau, sage-femme de l'hôpital.

Suivant la méthode que j'emploie constamment, les ligatures perdues furent faites au crin de Florence, et la malade se leva dès le sixième jour.

Nous trouvâmes les trompes gris rosé, dures, ressemblant à de gros canaux déférents et des ovaires petits, durs et à petits kystes.

Il s'agissait là, pour moi, de salpingites syphilitiques scléreuses, sur lesquelles le traitement spécifique ne trouvait plus de prise.

La malade ne ressent plus actuellement de douleurs, sauf de très légères à l'époque des règles.

Le quatrième cas n'a pas comporté de constatations directes car il n'y a pas eu d'opération, les symptômes ayant cédé au traitement spécifique.

Il s'agissait d'une dame de 34 ans, mariée depuis 16 ans, ayant reçu de son mari, très peu de temps après le mariage « une mauvaise maladie », suivant son expression.

Elle eut, deux mois après son mariage, un gonflement considérable des grandes lèvres et des glandes dans les deux aines ; puis, quelque temps après, des rougeurs sur la poitrine et le ventre, des plaques grises sur les lèvres et des maux de gorge, accompagnés de maux de tête violents, surtout la nuit. Un médecin consulté fit prendre des pilules pendant deux mois et les accidents disparurent.

Trois mois après cette guérison, il y eut des boutons aux grandes lèvres et une lésion anale s'accompagnant de vives douleurs lors de la défécation. Nouveau traitement par les pilules et disparition des symptômes en moins de six semaines.

A cette époque, la malade eut, dit-elle, de l'eczéma du cuir chevelu et perdit abondamment des cheveux. Elle vint me consulter, en mai 1901, et me raconta ce qui suit :

Il y a deux ans, elle commença à souffrir du côté droit du bas-ventre, d'abord d'une façon intermittente, à l'époque de ses règles surtout, puis peu à peu d'une façon continue, mais avec une intensité variable. Les douleurs, d'abord sourdes, s'exaspéraient la nuit, étaient assez rares, se manifestaient seulement tous les quinze jours et duraient chaque fois trois ou quatre jours. Au bout de six mois, les crises se produisirent tous les dix jours, avec la même intensité et la même durée. Au bout d'un an, les douleurs devinrent plus aiguës, toujours exaspérées la nuit, sans que toutefois la durée et l'intervalle des crises fussent augmentés. Dix-huit mois après le début des accidents, les douleurs furent plus fortes et se firent sentir aussi bien le jour que la nuit, plus intenses cependant durant cette dernière période. En même temps, les crises se rapprochèrent et au

moment où je vis la malade, elles étaient pour ainsi dire subintrantes.

Parallèlement aux douleurs, les règles augmentèrent de quantité et de fréquence, si bien qu'au mois de mais 1901, il y avait un écoulement sanguin continu, très abondant, cinq jours avant et cinq jours après l'époque présumée des règles, peu abondant, mais réel, dans l'intervalle de deux époques.

La malade était soignée depuis six mois par un confrère qui, en désespoir de cause, avait proposé de pratiquer un curettage. La malade, un peu effrayée par la perspective d'une opération me fut adressée par M. S..., sujet de ma première observation.

Au moment où je vis la malade, les douleurs avaient gagné le côté gauche ; mais en ce point, elles étaient beaucoup moins fortes que du côté droit, tout en présentant les mêmes caractères de progression et d'oscillation. Mon attention étant éveillée par la connaissance des cas précédents, je recherchai le trajet des artères et les trouvai douloureux à la pression, mais non spontanément. Les épigastriques, fémorales, utérines, vaginales étaient douloureuses. Les trompes étaient petites, douloureuses aussi.

En raison des commémoratifs et des signes physiques je portai le diagnostic de salpingites syphilitiques, déclarai à la malade qu'une opération ne serait peut-être pas nécessaire et instituai le traitement spécifique.

Trois semaines après, l'atténuation des symptômes était très considérable et deux mois après la malade était complètement guérie.

Le cinquième cas a été observé dans mon service l'année dernière.

Il s'agissait d'une dame Bl..., âgée de 30 ans, mariée depuis dix ans, ayant eu trois fausses couches, et ayant présenté au début de son mariage des accidents divers : maux de gorge, plaques sur les lèvres et la langue, éruptions cutanées, chute des cheveux pouvant être rattaché à la syphilis, cependant sans certitude.

En septembre 1902, douleurs dans le côté droit du bas-ventre, d'abord intermittentes, plus intenses la nuit, accompagnées de règles abondantes ; puis augmentation de fréquence, de durée et d'intensité ; enfin apparition, cinq mois après, de douleurs du côté gauche, présentant les mêmes caractères que celles du côté droit. Pertes très abondantes ; léger amaigrissement.

Je passe rapidement sur les symptômes, parce qu'ils sont la répétition de ceux que j'ai indiqués dans les précédentes observations.

Trompes du volume du petit doigt, régulièrement cylindriques, douloureuses. Lésions bilatérales plus prononcées à droite, artères épigastriques, fémorales, vaginales, utérines et honteuses internes douloureuses à la pression, mais non spontanément.

Le diagnostic probable fut salpingite syphilitique. La laparotomie fut pratiquée avec l'assistance du docteur Sesboüe et de mon

ami Chastagnol, interne à Bicêtre. Trompes bleuâtres, de petit volume ; adhérences à droite. Ablation de la trompe droite seule; la trompe gauche est laissée en place. Ligatures et sutures perdues au crin de Florence.

Ablation des fils et du pansement le 6e jour.

Dix jours après l'opération, apparition d'une perte abondante et d'une petite tuméfaction à droite de la cicatrice. Cette tumeur s'accrut ; au bout de huit jours elle avait le volume d'une noix, était adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds, légèrement douloureuse.

Vingt jours après l'opération, ouverture spontanée avec écoulement de pus épais, vert pâle ; bords de l'orifice violacés, amincis et décollés.

La malade continuait à ressentir des douleurs dans les deux côtés du bas-ventre, les points douloureux artériels persistaient.

Il n'y eut pas de doute pour moi qu'il s'agissait de salpingites syphilitiques et d'une gomme de la paroi abdominale.

Le traitement spécifique fut institué et trois semaines après la gomme était cicatrisée, les douleurs annexielles et artérielles avaient disparu.

Voilà donc cinq observations dont on peut tirer les conclusions suivantes :

Il existe des légions annexielles, de petit volume, présentant une marche progressive, oscillante et continue s'accompagnant de douleurs et de métrorrhagies également progressives, oscillantes et continues, de douleurs non spontanées, mais à la pression, sur le trajet des artères fémorales, épigastriques, vaginales, utérines et honteuses internes, douleurs artérielles ignorées des malades.

La vue directe, après laparotomie, a montré soit des trompes cyanosées, *bleues*, régulièrement cylindriques, soit des trompes *blanches*, dures et rigides, dont la nature syphilitique paraît démontrée par les véritables expériences réalisées dans les différents cas mentionnés ci-dessus, savoir :

1° Douleurs persistantes, malgré l'ablation de trompes bleues, guérison par le traitement spécifique (1er cas) ;

2° Persistance des douleurs du côté de la trompe bleue conservée ; guérison par le traitement.

Très légère amélioration du côté de la trompe blanche enlevée;

3° Pas d'action du traitement sur des trompes blanches sclérosées ;

4° Guérison par le traitement, sans intervention chirurgicale;

5° Guérison des lésions bilatérales par le traitement malgré

l'ablation d'une seule trompe, toutes deux ayant été trouvées *bleues* au cours de la laparotomie.

La nature syphilitique des lésions que j'ai rencontrées me paraît démontrée et j'essaierai plus loin de donner une description clinique de ces altérations. Mais, auparavant, il est utile de voir si ces lésions ont été décrites et s'il y a dans la littérature médicale des exemples de salpingites syphilitiques.

Je dois dire immédiatement que mes recherches n'ont abouti qu'à un bien maigre résultat.

Montprofit, dans sa thèse (1) cédée par mon maître Segond (2) parle de l'existence de salpingites syphilitiques, mais n'en donne aucune description.

En 1898 seulement, mon collègue et ami Ozenne rapporte les premiers cas de syphilome des ovaires (3).

P. Petit, en 1901, publie dans la *Semaine Gynécologique* un article sur la syphilis tertiaire des organes génitaux internes de la femme, et cite un extrait de la monographie du docteur Barthélemy. Il est question d'une poche salpingienne, enlevée par laparotomie et dont l'origine est présumée syphilitique (4). J'indiquerai plus loin pourquoi je dis « origine présumée ».

Toujours en 1901, nous trouvons dans l'ouvrage de Polaillon une observation d'ovaro-salpingite double subaiguë traitée et guérie par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium (5).

Enfin, au dernier Congrès de Gynécologie tenu à Rouen en 1904, Jeanne a communiqué une observation de salpingite dite syphilitique.

D'après les observations que je possède, je crois pouvoir dire qu'en aucun de ces cas, il ne s'est agi de salpingites syphilitiques proprement dites, et je vais essayer de démontrer cette affirmation en me basant non seulement sur les observations contenues dans ce mémoire, mais aussi sur l'aspect d'autres lésions syphilitiques viscérales, qu'il m'a été donné d'observer. Pour ces dernières je me bornerai à de simples mentions, car elles feront l'objet de communications ultérieures; en particulier je dois publier à la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris une étude sur l'appendicite syphilitique.

(*A suivre.*)

(1) Montprofit. Thèse de Paris 1888.
(2) *Traité de Chir.* de Duplay-Reclus.
(3) *Journal de Méd. de Paris.* — *Revue pratique d'Obstétrique et Gynéc.* — *Sem. Gynéc.* 98.
(4) *Sem. Gynéc.*, 1901, VI.
(5) Affect. org. du tronc, p. 524, observ. 177. — Paris 1901.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLES RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

Par le Dr Wlaeff (*Suite*).

Depuis le mois de décembre 1899, date à laquelle les premiers résultats favorables avaient été communiqués, sous pli cacheté, à l'Académie de Médecine de Paris, j'ai fait plusieurs communications sur les propriétés de ce sérum, à plusieurs sociétés médicales de Paris et de Saint-Pétersbourg. Plusieurs malades traités ont été présentés aux sociétés médicales de Paris.

Les communications et les malades présentés à l'Académie de Médecine de Paris aussi bien que les autres malades présentés par le professeur Reynier, Richelot et moi à la Société de chirurgie de Paris, ont été l'objet de rapports de MM. Berger et Lucas-Championnière à l'Académie de médecine. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 20 novembre 1900, pages 610-613, et de MM. Reynier et Richelot, à la Société de chirurgie. (*Bulletin et Mém de la Soc. de chir. de Paris*, 1901, nos 6 et 7, 1902, n° 13.)

Tous ces savants distingués ont été unanimement d'avis que tous les malades traités par mon sérum étaient réellement atteints de cancer et que le processus morbide était bien avancé dans tous ces cas. Ces malades ont été reconnus par eux inopérables; d'ailleurs, la plupart ont déjà subi une ou même plusieurs opérations. Ces messieurs ont également constaté à l'unanimité que le sérum obtenu par moi était d'une innocuité absolue et que tous les malades traités en ont retiré un avantage sérieux qui peut être résumé ainsi : diminution et même disparition de la douleur, amélioration de l'appétit, cessation de la diminution du poids; chez plusieurs malades augmentation du poids, action favorable aussi sur le processus pathologique local, en arrêtant l'accroissement de la tumeur pendant le traitement, en déterminant dans plusieurs cas sa régression et même l'arrêt complet de son évolution, que la tumeur subit certaines modifications scléreuses, ce qui contribue à sa localisation et la rend parfois opérable, comme c'était le cas des malades du prof. Richelot; les parties ulcérées commencent à se cicatriser. En dehors des professeurs indiqués, l'innocuité et l'action utile de ce sérum ont été constatées par les autres professeurs et collègues qui se sont vivement intéressés à mes recherches, et qui ont eu à l'appliquer sur leurs malades, ou bien ont vu ou suivi les malades qui m'étaient confiés (comme par exemple les professeurs éminents Dieulafoy, Gilbert, Fournier, Raymond, Ratimoff, le professeur Lerat, le docteur d'Hotman de Villiers, qui m'a aidé avec M. Reynier, à appliquer le sérum obtenu par moi aux premiers malades ; les docteurs Ulmaire Mariage, Lebaigue, Nastukoff, Hebedinoky, etc.

Il est à remarquer que les opinions et conclusions exprimées par les professeurs dans leurs rapports à l'Académie et à la Société de chirurgie étaient établies sur les résultats obtenus au cours du traitement des premiers malades, quand la méthode thérapeutique était encore en pleine période d'élaboration, et appliquée à des malades dont le processus morbide était déjà fort avancé. J'ajouterai encore que le traitement n'a été suivi que pendant quelques mois et encore d'une façon irrégulière, avec interruption pour des causes différentes et indépendantes de ma volonté; par exemple, les malades après une amélioration notable, quand le processus morbide était arrêté, une fois rétablis, pour un temps plus ou moins long, cessaient le traitement indispensable et retournaient à leurs occupations habituelles; et quand la maladie reprenait sa marche ordinaire, ils revenaient au traitement sérothérapique. Parfois le traitement cessait, la quantité nécessaire de sérum venant à manquer. Cependant, nous savons que lorsqu'on cesse le traitement par le sérum antidiphtérique d'un malade atteint de diphtérie au moment où la maladie n'est pas encore définitivement jugulée, cette dernière peut s'aggraver et perdre le malade. D'autre part le fait est connu que, malgré la spécificité du sérum antidiphtérique, nous sommes impuissants à soulager le malade, si le traitement est institué trop tard (le huitième ou le neuvième jour après le début de la maladie). La même chose se passe dans le traitement des néoplasmes malins, à cette différence près que, dans ce dernier cas, le traitement doit être prolongé plus longtemps, la maladie étant chronique et n'étant, à notre avis, que le symptôme de la souffrance de l'organisme entier. Cette maladie ne peut donc pas être guérie au bout de trois ou quatre injections de sérum. En outre durant son traitement le cancéreux doit rester toujours sous la surveillance du médecin traitant, car la sérothérapie est une chose trop sérieuse pour être confiée à n'importe qui ; même il sera préférable d'avoir des hôpitaux spéciaux pour les cancéreux. Et c'est pourquoi le prof. Lucas-Championnière s'abstenant de donner une appréciation définitive sur mon sérum a déclaré à la fin de son rapport qu'on ne pourrait se faire une notion exacte de la valeur thérapeutique du sérum qu'après un traitement prolongé et des observations plus nombreuses. Et c'est ainsi également que le prof. Reynier, dans le rapport qu'il fit à la Société de chirurgie en février 1901, déclara que pour pouvoir donner une appréciation sérieuse sur le sérum en question, il fallait l'appliquer non pas aux malades dont l'état est désespéré, aux moribonds qui ne peuvent être soulagés, mais plutôt dans les cas où le processus pathologique n'est pas trop avancé et que cette application devait être faite simultanément avec l'intervention chirurgicale.

Malgré les circonstances défavorables indiquées plus haut et les difficultés d'obtenir le sérum faute d'avoir à ma disposition les animaux nécessaires, j'ai réussi à obtenir pendant quatre ans des

résultats assez favorables qui, je crois, peuvent attirer votre attention et vous intéresser.

Grâce à l'intérêt scientifique que portaient à mes travaux les professeurs Berger, Reynier, Richelot, et d'autres professeurs et collègues, j'ai pu avoir à ma disposition quelques cancéreux que j'ai observés et soignés pendant un, deux, trois et quatre ans sans interruption. Cette circonstance m'a permis de mieux étudier l'action utile du sérum anticellulaire que j'ai obtenu et de perfectionner cette nouvelle méthode de traitement.

Aujourd'hui, j'ai l'honneur de vous présenter deux malades traités pendant quatre ans.

D'autres observations et les conclusions seront communiquées dans les prochaines séances.

I. — Mme M..., âgée de 47 ans, entra à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Reynier, le 23 mai 1900, pour faiblesse générale et douleurs dans le sein droit, douleurs provenant d'une tumeur. Cette tumeur avait été aperçue par la malade au mois de janvier 1900, ayant la grosseur d'une noisette ; elle s'agrandit progressivement et devint comme une mandarine, dure, adhérente aux tissus environnants, sensible au toucher ; en même temps, les ganglions lymphatiques axillaires de ce côté sont devenus de la grosseur d'une noisette.

Le père de la malade est mort à l'âge de 46 ans, à la suite de l'opération d'un prolapsus rectal ; sa mère morte à 68 ans paralytique ; les frères et les sœurs de la malade sont très bien portants. La malade fut mariée deux fois. De son premier mari, mort d'une phtisie galopante en six semaines, la malade a eu une fausse couche et une petite fille qui mourut à 3 mois. Du deuxième mari, qu'elle a depuis 14 ans et qui est actuellement bien portant, la malade a eu deux fausses couches. Dans son enfance, elle a eu la coqueluche et la rougeole ; depuis quelques années, elle a toussé pendant l'hiver et sent des douleurs dans les articulations ; elle est très nerveuse ; si elle se pique avec l'aiguille, en cousant, elle tombe dans une syncope. En outre de sa maladie, on constate quelques râles dans les poumons, au-dessous des omoplates ; un petit bruit systolique au point du cœur. Le foie et la rate sont un peu augmentés de volume. Du côté droit du cou, il y a un ganglion de la grosseur d'une petite noisette.

Avant, la malade était très pâle et très faible ; elle ne pouvait pas marcher quinze minutes sans se reposer.

C'est dans cet état que M. Reynier, qui s'intéressait vivement à l'action de mon sérum, m'a prié de la mettre en traitement.

Dès la quatrième piqûre, l'amélioration était appréciable, les douleurs avaient disparu, l'état général était meilleur. Le poids de la malade commençait à augmenter et la tumeur diminuait : les ganglions lymphatiques étaient revenus, peu à peu, à leur volume normal. En six mois de traitement, l'état général et local

de la malade s'était tellement amélioré que personne ne pouvait plus penser avoir affaire à une tumeur maligne : la tumeur avait diminué des trois quarts, s'était aplatie et réduite à la grosseur d'une noisette ; elle était devenue insensible, mobile et isolée des tissus environnants. Le poids de la malade avait augmenté de 4 kilos ; elle déclara qu'elle se sentait aussi bien que six ans avant. Elle n'éprouvait plus de douleurs dans les articulations et marchait, sans fatigue, pendant trois ou quatre heures : elle se promenait toute la journée à l'Exposition.

Après ces résultats, très favorables pour la malade, M. Reynier l'a présentée à la Société de Chirurgie de Paris (27 novembre 1900) : plusieurs chirurgiens furent disposés à penser qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne.

Pour confirmer le diagnostic, M. Reynier fit l'opération et enleva la petite tumeur, comme un corps étranger, sans toucher les tissus environnants (muscles, ganglions lymphatiques, etc.), et laissa même une partie du sein. L'examen histologique, fait par le chef du laboratoire, M. Josué, et par moi, démontra que l'on se trouvait en présence d'un cancer à épithélium cylindrique typique, ainsi que l'ont confirmé MM. Cornil, Letulle et Brault.

Après l'opération, qui avait pleinement réussi, la malade continua à recevoir une injection de sérum toutes les deux semaines, d'abord, puis tous les mois.

La malade alla de mieux en mieux ; son poids a augmenté encore d'un kilo. Elle a reçu en tout 50 piqûres en 47 mois.

A l'heure actuelle, la malade se sent tout à fait bien portante. Voilà 42 mois qu'elle est opérée sans aucun signe de récidive. A la place opérée, les ganglions lymphatiques dans la fausse axillaire droite restent toujours mobiles.

Elle a été présentée à l'Académie de médecine le 17 juin 1901 et à la Société de chirurgie de Paris le 8 avril 1902.

II. — La nommée S..., âgée de 45 ans, s'est aperçue dès le mois de juin 1899 que son ventre augmentait de volume et qu'elle y ressentait une pesanteur. A partir du mois de septembre de la même année, elle a commencé à éprouver un malaise général et des douleurs abdominales et lombaires. Au mois de janvier 1900, les phénomènes allant en progressant, elle s'est complètement alitée. Les médecins qui la traitaient ont eu, pendant trois mois, recours à l'électricité, mais la maladie, loin de s'améliorer, s'aggravait de plus en plus et l'état général s'est empiré. Le ventre s'est ballonné et au mois de mai on en a extrait environ neuf litres d'un liquide trouble. Le 10 mai 1900, la malade entra dans la maison de santé du docteur Doyen, où ce dernier lui a fait une laparotomie. Au moment de l'opération, on a constaté la présence d'un cancer généralisé : les ovaires, le péritoine, tout était envahi par la néoplasie. Le cas ayant été conséquemment considéré comme

inopérable, on referma simplement la plaie après avoir enlevé deux fragments de la tumeur pour l'examen histologique.

A l'examen de la malade au mois de juillet 1900, on a trouvé ce qui suit : la malade se plaignait d'une faiblesse générale, de douleurs abdominales et lombaires, de dyspnée, d'inappétence et d'insomnie. A l'inspection, on constatait une pâleur générale de la peau et des muqueuses accessibles à l'œil, et une coloration jaunâtre des sclérotiques. Le visage était brun, maigre, les jambes œdématiées, le ventre ballonné, de 116 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. La température du corps était de 36°6, le pouls à 96, filiforme, la respiration à 26 par minute. Les bruits du cœur étaient faibles et sourds.

Le 10 juillet 1900, les docteurs Cousin et d'Hotman de Villiers ont pratiqué une ponction abdominale et ont extrait environ dix litres de liquide ascitique trouble, contenant de nombreux globules de sang, des cellules géantes en voie de division directe, un grand nombre de blastomycètes et de staphylococcus. Le liquide en question était un milieu favorable pour la pullulation des blastomycètes et ne les agglutinait pas.

La ponction faite, nous avons constaté que le foie était très augmenté de volume, ne se trouvait qu'à une distance de 3 centimètres de l'ombilic. La rate, également hypertrophiée, était sentie au-dessous de la 8e côte et dépassait de trois travers de doigt le rebord costal. Ces deux organes avaient une consistance assez ferme. Le rein droit était un peu abaissé et sensible à la palpation. Dans la région hépatique, on entendait un bruit de frottement. Il en est de même de la région iliaque droite où l'on sentait à la palpation deux grandes tumeurs entourées de plusieurs autres plus petites. Un de ces grandes tumeurs avait le volume d'un œuf d'oie, l'autre, celui d'un œuf de poule. Les ganglions lymphatiques de l'aine étaient hypertrophiés. La sécrétion urinaire était insuffisante, de 800 centilitres par 24 heures. L'urine, de densité de 1.018, avait une réaction faible. Elle contenait des traces d'albumine, mais pas de sucre.

Le 12 juillet 1900, la malade fut examinée par le professeur Richelot, qui constata que tout le péritoine, les ovaires et l'utérus étaient envahis par le néoplasme. Il s'abstint de toute intervention, disant que la malade n'avait plus que quelques semaines à vivre, qu'il n'y avait rien à faire, et que, par conséquent, il n'y avait pas d'inconvénients à employer mon sérum. Le 16 juillet, la malade reçut la première injection : le lendemain les douleurs se sont calmées, l'appétit et le sommeil sont revenus. A la suite de la seconde injection, la malade s'est sentie encore mieux ; les douleurs ont complètement disparu, et la malade, devenue plus gaie, s'est levée de son lit. Après la quatrième injection, on a de nouveau ponctionné la malade pour la troisième fois : la ponction a donné près de onze litres de liquide, plus clair que le précédent. A l'examen de la malade après la ponction, on constata que les

tumeurs avaient diminué de volume et perdu leur sensibilité. Le bruit de frottement n'existait plus. Les ganglions inguinaux n'étaient plus, comme avant, augmentés de volume. L'état général s'est tellement amélioré et le processus local à tel point modifié que la malade est devenue plus gaie et plus confiante dans l'avenir. Elle a même commencé à chanter, ce qu'elle ne faisait pas depuis longtemps, et a plusieurs fois visité l'Exposition.

Au bout de deux mois de ce traitement, la malade déclarait à qui voulait l'entendre qu'elle se portait à merveille, comme toute femme saine ; seule l'ascite l'inquiétait un peu. Plus tard, elle a passé près de cinq semaines à la campagne, à Decazeville, où M. le Docteur Péchagut lui a fait deux piqûres.

La malade a reçu en quatre ans 90 piqûres de sérum anticellulaire à 10 c. c. chaque ; à l'heure actuelle, elle se sent parfaitement bien, dort normalement et se livre à ses occupations journalières. Le pouls est à 8, la respiration à 16, la température à 36°4. Le foie a notablement diminué de volume, au point qu'à l'heure présente on ne peut atteindre que son lobe droit, et cela non sans difficulté. La rate demeure un peu hypertrophiée. Le liquide ascitique peu à peu est devenu absolument clair, limpide et stérile. Il présente une réaction alcaline , dissout les blastomycètes, les agglutine et constitue pour leur développement un milieu défavorable.

L'urine de la malade ne contient aucune trace d'albumine. La quantité est de 1,600 centilitres par 24 heures et sa réaction est neutre. Les ganglions lymphatiques sont devenus normaux.

Après deux ans de traitement, le professeur Richelot examina de nouveau la malade et trouva l'utérus absolument intact et libre de toute tumeur ou adhérence quelconque. Il fut étonné de voir la malade vivante et bien portante et lui proposa de l'opérer, maintenant, si elle le désirait.

M. Richelot a présenté cette malade à la Société de chirurgie de Paris, à la séance du 7 avril 1902. (Voir les bulletins et mémoires de la Société de chirurgie 1902, 15 avril, n° 13, p. 444.)

M. le professeur Gilbert avait bien voulu examiner la malade avec un grand intérêt, il y a deux ans, il concluait, alors, qu'il était difficile de se prononcer sur l'existence de la cirrhose du foie et conseilla d'attendre pour l'opération, en raison des bons résultats obtenus.

M. Richelot, qui a revu la malade au bout de trois ans de traitement a constaté que le mieux n'avait fait que s'accentuer et a conseillé de poursuivre l'emploi du sérum.

M. Doyen a eu l'amabilité de mettre à ma disposition une préparation hystologique de la tumeur. Cette préparation examinée par le professeur Cornil, montra qu'on était en présence d'un épithélioma cylindrique typique avec végétation à évolution rapide.

Au début, on faisait les ponctions toutes les trois ou quatre

semaines, puis tous les 40, 50 et 90 jours. Voyant que le liquide ascitique ne cessait de s'accumuler, la malade s'est décidée à se faire opérer 3 ans 1/2 après le commencement du traitement. Elle fut opérée par M. le professeur Richelot, qui a pu enlever la tumeur dans la fosse iliaque droite en novembre 1903. Le liquide ascitique ne se recueille plus depuis six mois. En suite du traitement avec le sérum pendant quatre ans, la malade a augmenté de 13 kilos. A l'heure actuelle, elle se sent tout à fait bien portante, comme vous le voyez.

Voilà donc les résultats de la sérothérapie et de la chirurgie.

REVUE CRITIQUE

NOUVEAUX FAITS RELATIFS AUX LOIS DE LA FORMATION DES SEXES.

Par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux (1).

En janvier 1903, je vous ai fait sur « les lois de la formation des sexes » une communication à laquelle vous avez bien voulu prêter une attention des plus bienveillantes et consacrer ensuite une discussion aussi intéressante qu'approfondie. Plusieurs mois de suite, vous avez maintenu la question à l'ordre du jour et nous avons ainsi pu recueillir un assez grand nombre de faits constituant, par les données spéciales et précises qui les accompagnaient, des témoignages de très haute valeur, presque tous favorables à la théorie que j'avais soutenue. Vous n'avez cependant pas jugé qu'en l'état actuel de nos connaissances le problème pût être considéré comme définitivement résolu. L'ensemble des observations vraiment probantes que nous possédions était loin d'être assez considérable pour étayer solidement une loi générale ne comportant que de rarissimes exceptions. Nous sommes donc restés sur cette impression qu'il fallait désormais, non plus disserter, mais observer et réunir avec patience le plus de faits possible, dans les conditions voulues pour qu'ils fussent nettement significatifs en un sens ou l'autre. C'est pour en ajouter de nouveaux à ceux qui vous ont été déjà présentés que je vous prie encore de m'accorder aujourd'hui la parole pour quelques instants.

Peut-être ne sera-t-il pas inutile de vous rappeler tout d'abord quels étaient les points essentiels de la loi que j'avais été conduit à énoncer. Elle reposait sur cette hypothèse, émise pour la première fois par Thury (1863), que « la détermination « du sexe dépend du degré plus ou moins avancé de maturité « de l'ovule, au moment de la fécondation ». Mais, tandis que

(1) Société médicale du IXe arrondissement de Paris (juin 1904).

Thury admettait, chez les animaux du moins et, en particulier. dans les espèces bovine et ovine, que « la fécondation au « début du rut engendre des femelles et, à la fin, des mâles », j'en étais arrivé, par l'étude minutieuse des rapports connus entre la menstruation et l'ovulation, à formuler, pour la femme, une règle sensiblement différente au point de vue pratique et dont voici les termes : « La conception quelques jours avant, « pendant et le premier jour après les règles détermine le sexe « féminin et le sexe masculin du quatrième au dix ou dou- « zième jour après leur terminaison. » Il y a loin, vous le voyez, de cette formule à celle de Thury, mais elle s'adapte beaucoup mieux aux données classiquement admises sur l'époque et la durée de l'ovulation. D'après les plus éminents de nos maîtres, elle succéderait immédiatement à la menstruation et ne se prolongerait pas au delà de quatre à cinq jours. Il est certain toutefois qu'elle peut commencer plus tôt et aussi finir plus tard, comme le prouvent les exemples assez fréquents de fécondation soit avant et pendant les règles, soit au dixième ou au douzième jour qui leur succède. D'où il résulte que, si la première moitié de son évolution correspond à la phase féminine et la seconde à la phase masculine, c'est toujours, quelles que soient ses limites extrêmes, vers le troisième jour après la fin du flux menstruel que se placerait le point de transition de l'une à l'autre. Or, puisqu'il faut aux spermatozoïdes environ dix à vingt heures pour opérer leur ascension jusqu'à l'ovaire ou au tiers supérieur de la trompe, seules régions où peut s'accomplir leur fusion avec l'ovule, le coït fécondant, pour la procréation d'une fille, ne doit plus avoir lieu au delà des vingt-quatre heures qui suivent la fin des règles, alors que, pour avoir un garçon, les conditions semblent déjà favorables, à partir du troisième jour. Telles sont les bases sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour examiner les faits et apprécier s'ils confirment ou infirment la loi proposée.

Le premier de ceux que je vous apporte aujourd'hui, je le dois encore à mon excellent ami, le Dr Zychon, d'Amillis (Seine-et-Marne). Ce confrère, vous ne l'avez sans doute pas oublié, m'en a déjà fourni deux autres que je vous ai communiqués à notre séance du 12 novembre dernier. Le nouveau concerne une jeune femme dont les dernières règles ont fait leur apparition le jour même de son mariage, dans l'après-midi. Le coït n'en fut pas moins pratiqué la nuit suivante et des symptômes de grossesse ne tardèrent pas à se manifester.

L'accouchement survint juste neuf mois après le mariage. L'enfant, ainsi que l'avait annoncé depuis longtemps le Dr Zychon, fut une fille. Au premier abord, ce cas semble très nettement confirmer la loi rappelée plus haut : « Conception au début des règles, procréation du sexe féminin », et je crois, en effet, que telle en est bien la signification. On pourrait toutefois faire observer que le Dr Zychon ne mentionne aucun arrêt prématuré de l'écoulement cataménial et que par conséquent la preuve de la conception dès son début fait défaut. S'il a eu sa durée habituelle, comme les rapports n'ont à aucun moment subi d'interruption, il devient impossible d'assigner une date rigoureuse à la fécondation. Sans doute, on peut invoquer l'époque de l'accouchement, mais il n'est permis d'en tirer qu'une simple présomption et non pas une certitude, car nous savons combien est variable la durée de la gestation normale; rien ne prouve, d'ailleurs, que, dans ce cas, l'accouchement n'ait pas eu lieu quelques jours avant terme. Aussi, quoique le Dr Zychon donne sans la moindre hésitation ce fait comme absolument conforme à la théorie que je soutiens, je ne crois pouvoir l'enregistrer que sous certaines réserves. Les observations vraiment dignes d'entrer en ligne de compte doivent, à mon avis, comporter, comme donnée fondamentale et indispensable, l'indication rigoureusement exacte de la conception par rapport aux règles.

La suivante, qui m'est personnelle, est passible d'un reproche analogue. Une jeune femme se marie le dernier jour de ses règles ; bientôt la grossesse s'affirme; elle parcourt régulièrement toutes ses phases et se termine exactement neuf mois après le mariage par la naissance d'une fille. Si la conception a été la conséquence des premiers rapports, ma règle se trouve confirmée, puisque, dans les 24 heures qui suivent la menstruation, l'enfant procréé doit encore être du sexe féminin. D'après la date de l'accouchement, cette hypothèse est vraisemblable, mais elle n'est pas au-dessus de toute contestation. Il se pourrait, à la rigueur, et rien ne peut nous renseigner à cet égard, que la fécondation eût été retardée de quelques jours; l'événement serait alors contraire à la loi.

Ces réflexions font ressortir combien il est difficile, en pratique, de rencontrer, avec une absolue certitude, les conditions nécessaires pour que les faits acquièrent une signification très franche et c'est pour cela sans doute que nous les voyons se multiplier si lentement. Aussi n'ai-je pas été moins heureux que surpris de trouver, dans un récent opuscule du docteur

Louis Billon (1), un tableau résumant les principaux détails d'une longue série d'observations. (Service du docteur Boissard; Maternité de l'hôpital Tenon.) Il n'y en a pas moins de 143, parmi lesquelles j'en ai relevé 57 avec la date de la fécondation en même temps que celle des dernières règles et celle de l'accouchement, 57 par conséquent dont le témoignage devient, à mon point de vue, d'autant plus important que l'auteur les invoque à l'appui d'une théorie sinon contraire à la mienne, au moins très différente. Il reconnaît sans doute qu'elles sont, pour la plupart, en parfait accord avec ma règle et cependant il conclut, avec Van Lint (2), que « c'est le parent le plus faible qui donne son sexe au produit de la conception. »

Je ne m'attarderai pas à discuter longuement cette loi dite « du plus faible générateur ». Elle ne me semble guère pouvoir se concilier avec les constatations que chacun de nous peut aisément faire dans son entourage. Il nous suffit, en effet, de considérer les familles que nous connaissons le mieux et dans lesquelles sont nés, sans ordre, à peu de distance les uns des autres, des garçons et des filles, pour nous assurer que le plus souvent l'état de santé relatif du père et de la mère n'a offert à aucun moment de modification capable d'expliquer la procréation tantôt d'un sexe et tantôt de l'autre. Les exemples de ce genre sont innombrables et il n'en faut pas davantage, à mon avis, pour infirmer radicalement la loi dont je parle. Au reste, pourquoi serait-ce le plus faible des parents qui jouirait du privilège de transmettre son sexe à l'enfant ? Le contraire serait évidemment beaucoup plus rationnel.

Mais, au fond, peu importe. Ce que je veux surtout, à l'occasion de la brochure du docteur L. Billon, c'est faire la critique de celles de ses observations qui réunissent, avec plus ou moins de précision, les données indispensables et rechercher dans quelle mesure le résultat concorde avec la loi telle que je l'ai formulée.

Or, je suis extrêmement heureux de constater que sur les 57 cas utilisables que j'ai relevés et réunis dans le tableau ci-contre, en leur conservant le numéro d'ordre qu'ils ont dans celui du Dr Billon, cette loi ne se trouve plus ou moins nettement en défaut que trois fois. Il s'agit des observations 70 (menstruation du 5 au 8 octobre, fécondation vers le 12 octobre, naissance d'une fille le 16 juillet), 97 (menstruation le 16 novembre, fécon-

(1) *Docteur Louis Billon.*— Recherches des causes déterminant le sexe. (Jules Rousset, Paris, 1904).

(2) *Van Lint.* — Qu'est-ce qui détermine le sexe ? (Paris 1902.)

OBSERVATIONS DU DOCTEUR L. BILLON

mentionnant la date de la Fécondation.

Nº d'ordre	Epoque des dernières règles.	Date de la Fécondation.	Nombre de jours entre le début des règles et la Fécondation.	Date de l'accouchement.	Sexe de l'enfant.	Signification du cas pour ou contre la règle.
3	17 juin	Vers le 17 juin	Pendant les règles	7 avril	F	Pour
4	23-27 juin	Pendant les règles	Pendant les règles	30 mars	F	Pour
5	30 juillet	10 août	11	1er mai	G	Pour
6	19 juillet	20 juillet	Pendant les règles	30 avril	F	Pour
7	1er août	7 août	6	25 avril	G	Discutable
11	16 juillet	29 juillet	13	1er mai	G	Pour
12	20 juillet	15 août	26	27 avril	F	Pour
15	2 avril	9 avril, 11 h. 5	7	9 janv.	G	Pour
16	20 juin	14 juillet	24	16 avril	F	Pour
19	5 juillet	20 juillet	15	28 avril	F	Discutable
21	27 juillet	Pendant les règles	Pendant les règles	23 avril	F	Pour
22	28-31 juillet	10 à 15 août	13 à 18	28 avril	G	Discutable
23	22 juillet	1er à 10 août	10 à 20	28 avril	G	Discutable
25	20 juillet	25 à 28 juillet	5 à 8	2 mai	G	Discutable
27	24-26 août	Début de septembre	7 à 12	9 mai	G	Pour
28	28 août-3 sept.	10 septembre	13	22 mai	G	Pour
33	27-31 août	Après 17 septembre	Au moins 21	31 mai	F	Pour
35	17 août	Après 25 août	Au moins 8	26 mai	F	Discutable
40	3-7 sept.	10 ou 12 sept.	7 à 9	31 mai	G	Pour
43	1er sept.	Pendant les règles	Pendant les règles	2 juin	F	Pour
44	3 sept.	Mariage le 20 sept.	Au moins 17	25 juin	F	Pour
50	10-15 avril	Pendant les règles	Pendant les règles	18 janv.	F	Pour
51	20 nov.	Fin décembre	8 à 11	28 sept.	G	Pour (erreur de date)
59	28 sept.	Vers fin octobre	Au moins 22	2 juil.	F	Pour
65	8 octobre	15 octobre	7	18 juil.	G	Pour
66	25 août	15 oct. (un seul coït)	21	14 juil.	F	Pour (erreur de date)
68	8 octobre	14 octobre	6	15 juil.	G	Discutable
69	16 octobre	Après 8 novembre	Au moins 23	18 juil.	F 2k600 G 1k800	Pour Contre
70	5-8 octobre	Vers 12 octobre	Environ 7	16 juil.	F	Contre
73	11 octobre	Après 25 octobre	Au moins 14	21 juil.	F	Discutable
78	22 octobre	Début de novembre	9 à 13	13 août	G	Pour
79	21 nov.	Fin de novembre	7 à 10	19 août	G	Pour
80	28 octobre	Après 10 novembre	Au moins 13	20 août	F	Discutable
81	27 octobre	20 novembre	24	17 août	F	Pour
82	20 octobre	10 novembre	21	12 août	F	Pour
86	16 nov.	Vers 22 novembre	Environ 6	18 août	G	Discutable
88	26-31 nov.	Début de janvier	5 à 9	13 août	F	Pour (erreur de date)
91	4-10 nov.	13 ou 14 nov.	9 ou 10	15 août	G	Pour
93	28 octobre	Vers 20 novembre	Environ 23	19 août	F	Pour
94	19 nov.	Début de décembre	11 à 14	20 août	G	Pour
95	14 nov.	Début de décembre	16 à 20	16 août	F	Pour
97	16 nov.	23 novembre	7	19 août	F	*Contre*
100	27 nov.	Début de décembre	3 à 7	2 sept.	G	Discutable
101	fin septembre	Fin d'octobre	Au moins 25	19 août	F	Pour
106	19 nov.	25 novembre	6	25 août	G	Discutable
110	15 nov.	Début de décembre	15 à 19	4 sept.	F	Pour
113	10 déc.	Début de janvier	21 à 25	16 sept.	F	Pour
115	6 déc.	4 janvier	29	21 sept.	F	Pour
116	12 déc.	Début de janvier	23 à 27	21 sept.	F	Pour
117	14 nov.	Après 6 décembre	Au moins 22	9 sept.	F	Pour
118	2 déc.	Fin décembre	24 à 28	18 sept.	F	Pour
119	10 déc.	25 à 29 déc.	15 à 19	21 sept.	F	Pour
122	1er janvier	6 janvier	5	2 oct.	F	Discutable
124	20-25 déc.	Avant 1er janvier	moins de 11	4 oct.	G	Pour
125	24 déc.	26 décembre	2 (pendant les règles)	29 sept.	G	*Contre*
128	21 déc.	Vers 15 janvier	Environ 25	5 oct.	F	Pour
143	12 février	12 ou 16 février	Pendant les règles	16 nov.	F	Pour

dation le 23 novembre, naissance d'une fille le 16 août) et 125 (menstruation le 24 décembre, fécondation le 26 décembre, naissance d'un garçon le 29 septembre). Dans les deux premières, la conception, ayant été postmenstruelle, l'enfant aurait dû être du sexe masculin et ce fut une fille. Encore est-il permis de faire observer que, dans la 70e, la date de la fécondation est assez mal déterminée, puisqu'elle porte seulement la mention : vers le 12 octobre. C'est là évidemment une donnée trop vague et on peut se demander si l'incertitude est vraiment circonscrite aux environs du 12 ou si elle n'est pas beaucoup plus étendue. Dans la 97e, si la durée des règles avait été de 6 jours, ce qui n'est pas rare, même en dehors de tout état pathologique, la conception le 7e se placerait dans les 24 heures qui en suivent la fin et répondrait par conséquent aux conditions voulues pour la formation du sexe féminin. Quant à la 125e, la menstruation ayant commencé le 24 décembre, si la fécondation est du 26, elle a eu lieu pendant les règles. Aussi l'enfant aurait-il dû être du sexe féminin, comme dans les observations 3, 4, 6, 21, 43, 50, 143, toutes relatives à des cas de conception pendant la période menstruelle. La naissance d'un garçon est donc en opposition formelle avec la règle. Mais il en serait tout autrement si la date du 24 décembre indiquait la fin et non le début de la menstruation. Il est très regrettable que l'auteur ait négligé de nous renseigner d'une façon plus catégorique sur ce point capital. Dans un très grand nombre des faits qu'il rapporte (46 sur 57,) il n'inscrit, dans la colonne réservée à l'époque des règles, qu'un jour unique sans dire s'il est le premier ou le dernier, ce qui est manifestement insuffisant pour déterminer la date d'un phénomène dont la durée n'est jamais d'un seul jour, mais en général de 3 à 5. Cependant, comme j'ai admis, pour tous les autres faits du Dr Billon, que le jour inscrit comme date de la menstruation en désigne le premier, je ferai de même pour celui-ci. Je le compterai donc au nombre de ceux qui me sont défavorables.

Tels sont les trois cas dont le témoignage est contraire à la règle que j'ai pris à tâche de contrôler. Comme ils n'excluent pas, ainsi qu'on vient de le voir, la possibilité de contestations plus ou moins légitimes, peut-être aurais-je le droit de les récuser, sous prétexte qu'ils ne sont pas absolument concluants. Mais je n'en ferai rien, ne voulant pas m'appuyer sur des arguties ; je préfère m'incliner de bonne grâce et admettre qu'ils ont contre mes idées une signification positive et

formelle. Il m'en coûte d'autant moins que les autres faits du Dr Billon me réservent une ample compensation.

Je commencerai par mettre à part les observations 51 (menstruation le 20 novembre, fécondation fin décembre, naissance d'un garçon le 28 septembre), 66 (menstruation le 25 août, unique rapport fécondant le 15 octobre, naissance d'une fille le 14 juillet) et 88 (menstruation du 26 au 31 novembre, fécondation au début de janvier, naissance d'une fille le 13 août), dans lesquelles, sans aucun doute, il y a une erreur de date en ce qui concerne la dernière époque menstruelle. Il s'agit probablement d'un simple *lapsus calami*. On ne comprendrait pas, sans cela, pourquoi les règles auraient manqué, dans chacun de ces cas, pendant plus d'un mois avant la conception. Mais, écrivons : le 20 décembre au lieu du 20 novembre pour la première, le 25 septembre au lieu du 25 août pour la seconde et du 26 au 31 décembre au lieu du 26 au 31 novembre, mois qui, du reste, ne compte jamais que 30 jours, pour la troisième, et aussitôt ces faits réunissent toutes les conditions nécessaires pour être absolument probants dans le sens favorable.

Je diviserai les observations qui restent en deux groupes de valeur très inégale. Le premier comprendra ceux dans lesquels la donnée fondamentale, c'est-à dire le moment précis de la conception à partir du dernier jour des règles, ne nous est fournie qu'approximativement et peut ainsi comporter des écarts d'une certaine importance. Il en résulte que des hypothèses multiples se présentent naturellement à l'esprit, dont les unes, de beaucoup les plus nombreuses, sont en parfait accord avec ma théorie, tandis que les autres l'infirment. Ces cas me semblent mériter un examen détaillé.

Prenons d'abord les observations 7, 68, 86, 106, 25 et 100. Ce sont des exemples de conceptions masculines qui ont eu lieu quatre fois le sixième jour, deux fois du quatrième au huitième après le début des règles. Mais, la durée de ces dernières n'étant pas spécifiée, nous ignorons combien de temps au juste après leur terminaison le coït fécondant a été pratiqué. Si l'intervalle a été de trois jours, le sexe masculin, dans les nos 7, 68 et 106 (conception le 6e jour) et 86 (conception vers le 6e jour) est rigoureusement conforme à la règle. Mais, s'il a été moindre, leur témoignage devient d'autant plus discutable que la distance est plus courte. La même remarque s'applique aux nos 25 et 100, dans lesquels la fécondation a pu s'effectuer entre le 5e et le 8e jour dans l'une, entre le 4e et le 8e dans l'autre. L'insuffisance des renseignements relatifs à la durée de la menstrua-

tion, dans tous ces cas, et, de plus, à la date exacte de la conception, dans les deux derniers, ne permet évidemment pas de les considérer comme des infractions formelles à la loi. Il est très probable, au contraire, qu'ils ne font que la confirmer. Cependant, comme ils autorisent un léger doute, il convient, pour être impartial, de le signaler.

Les observations 22 (menstruation du 28 au 31 juillet, conception du 10 au 15 août, naissance d'un garçon le 28 avril) et 23 (menstruation le 22 juillet, conception du Ier au 10 août, naissance d'un garçon le 28 avril) ne comportent pas non plus de conclusions fermes. Relatives aussi, l'une et l'autre, à des conceptions masculines, elles empruntent à des circonstances du même ordre que les précédentes, mais inverses, le caractère indécis de leur témoignage. Ici, au lieu de tenir à ce que la fécondation a pu suivre de trop près la fin des règles, l'hésitation résulte de ce qu'elle pourrait avoir été par trop retardée. D'après ma formule, quand elle s'effectue entre le 4e et le 10e ou 12e jour après la cessation de l'hémorrhagie menstruelle, c'est-à-dire avant le 15e ou 16e à partir de son apparition, c'est normalement le sexe masculin qui doit en être le résultat. Au delà de cette limite se place une phase de transition, à sexualité incertaine, dont nous ne connaissons pas exactement la durée. Si, dans ces deux cas, la conception ne s'était faite que du 15e au 18e ou 19e jour, la naissance d'un garçon serait assurément peu favorable à la loi, mais cependant elle n'en serait pas encore l'infirmation positive. Or, il se peut tout aussi bien, la chose est même très vraisemblable, qu'elle ait eu lieu du 13e au 15e dans le premier, du 9e au 15e dans le second. Par conséquent, malgré la date indéterminée de la fécondation, ces deux cas sont, en somme, plus favorables que contraires à mes opinions.

Il en est de même pour les observations 35 (menstruation le 17 août, conception après le 25 août, naissance d'une fille le 26 mai), 73 (menstruation le 11 octobre, conception après le 25 octobre, naissance d'une fille le 22 juillet), 89 (menstruation le 28 octobre, conception après le 10 novembre, naissance d'une fille le 20 août), dans lesquelles des filles ont été conçues à une distance des règles encore moins précise, mais à coup sûr postérieure aux 8e, 14e et 15e jours après leur début, peut-être au 20e ou au 25e. Les probabilités pour la sexualité masculine étaient ainsi, dès le commencement de la grossesse, infiniment moindres que pour la sexualité féminine.

Dans l'observation 122, la fécondation au 6e jour a produit

une fille. Là encore la durée des règles n'est pas indiquée, de sorte que le résultat reste sans signification rigoureuse. Pour peu toutefois que la menstruation se soit prolongée 4 ou 5 jours, il obéit aux conditions régulières.

Dans l'observation 19 (menstruation le 5 juillet, conception le 20, naissance d'une fille le 28 avril), l'enfant procréé le dix ou douzième jour après la fin des règles aurait dû être un garçon. Il convient de remarquer, cependant, que l'intervalle normal entre les débuts de deux époques menstruelles successives est de vingt-huit jours et que le quinzième appartient plutôt à la seconde moitié qu'à la première. A ce moment, la fécondation doit-elle porter sur l'ovule de l'époque précédente, à la fin de sa phase masculine, ou sur celui de la suivante, au commencement de sa phase féminine? Il est assez difficile de l'affirmer sans réserve. Si la première alternative est admissible, la seconde l'est aussi, d'autant plus que les spermatozoïdes confiés le 20 juillet à l'appareil génital de la femme ont très bien pu ne devenir fécondants qu'au bout de plusieurs jours. Il ne serait donc pas logique de tirer de ce fait une objection grave contre la règle.

L'observation 69 est un cas de grossesse gémellaire (menstruation le 16 octobre, fécondation après le 8 novembre, naissance le 18 juillet d'une fille de 2 kil. 600 gr. et d'un garçon de 1 kil. 800 gr.). Le sexe de l'enfant le mieux développé, la fille, est conforme à la loi. Quant au garçon, dans l'hypothèse où il aurait été conçu par superfétation, rien ne démontre qu'il ne l'ait pas été dans les conditions qui doivent régulièrement déterminer le sexe masculin, et, s'il a été procréé d'une autre manière, comme il s'agit manifestement d'une anomalie et que, d'ailleurs, son faible poids le relègue au second plan, sa formation ne fournit, je crois, qu'un argument contraire de minime importance.

Tel est le premier groupe composé des faits les moins décisifs. Ils sont au nombre de quatorze. En raison de l'incertitude des données dont ils sont accompagnés relativement à la date exacte de la conception, à partir du dernier jour des règles, l'enfant aurait pu, sans infirmer la loi, être d'un sexe ou de l'autre, mais a été, somme toute, de celui que devaient faire prévoir, d'après ma théorie, les probabilités les plus nombreuses. Si leur signification n'est pas assez formelle pour constituer la base solide d'une loi générale, il faut au moins reconnaître qu'elle ne tend nullement à l'affaiblir, mais lui apporte au contraire un élément de force incontestable.

Le dernier groupe qui me reste à examiner comprend les autres observations du Dr Billon qui peuvent être utilisées. Elles sont toutes absolument et sans restriction favorables à ma théorie. Les conceptions féminines ont eu lieu 7 fois pendant les règles. (Obs. 3, 4, 6, 21, 43, 50, 143), 2 fois du 15e au 19e jour (obs. 110 et 119) et 18 fois à une époque plus tardive. Quant aux conceptions masculines, elles sont notées 2 fois au 7e jour (obs. 15 et 65), 2 fois du 7e au 9e et du 7e au 12e (obs. 40 et 27) et 7 fois du 9e au 14e.

A ces 38 cas, nettement probants doivent se joindre les trois au sujet desquels j'ai relevé une erreur évidente dans la date de la dernière menstruation et qui, cette erreur corrigée, sont aussi manifestement la confirmation de la règle.

Donc, en résumé, sur 57 observations recueillies, remarquez-le bien, sans aucune idée préconçue, nous en trouvons 41 qui témoignent franchement en faveur de la loi proposée, 14 dont le résultat est conforme aux probabilités les plus logiques, mais aurait pu, à la rigueur, être différent, sans devenir pour cela contraire, les renseignements donnés manquant de la précision désirable et, enfin, trois seulement dont la signification, malgré quelques réserves de faible portée, me parait être contradictoire.

Ces chiffres sont par eux-mêmes assez éloquents pour me dispenser de tout commentaire. J'étais loin, je l'avoue, de m'attendre à rencontrer, dans un mémoire consacré à la défense d'opinions tout autres que les miennes, des preuves matérielles aussi nombreuses et aussi démonstratives en faveur de ma théorie. Je vous la présentais, l'an dernier, comme une simple hypothèse, plus rationnelle et plus séduisante, il est vrai, que toutes les autres, mais attendant encore la consécration nécessaire d'un ensemble imposant de faits à signification formelle et indiscutable. Or, voici que peu à peu ces faits s'ajoutent les uns aux autres et apportent, pour la plupart, une éclatante confirmation à la loi qui s'était dégagée de nos précédentes discussions.

J'en éprouve, certes, une satisfaction des plus vives, mais sans me faire aucune illusion et sans me dissimuler que la preuve est encore infiniment loin d'être faite. Elle n'est même, à vrai dire, qu'ébauchée. Pour s'imposer à tous, pour forcer toutes les convictions, il faut qu'elle soit beaucoup plus solidement établie. Nous devons donc nous remettre courageusement à l'œuvre, et continuer sans défaillance jusqu'à ce que nous l'ayons entièrement accomplie. Soyons bien persuadés

que : « rien n'est fait tant qu'il reste à faire » et nous finirons sûrement par réussir.

Mais n'oublions pas non plus que nous avancerons d'autant plus vite que nous nous prêterons un mutuel appui. Aussi terminerai-je par un nouvel appel très pressant à votre collaboration la plus active et je l'adresse, en particulier, à ceux d'entre vous qui se sont adonnés à la spécialité des accouchements. Il leur sera bien plus facile qu'aux autres, non seulement de recueillir, dans leur propre pratique, de nouveaux faits décisifs, mais encore d'en découvrir dans les publications d'obstétrique récentes ou anciennes qu'ils ont à chaque instant l'occasion de consulter. Ainsi par exemple, je lis dans Tarnier (1) que Reid, Désormeaux, Ravn, Stadfelt, Schwegel, Schrœder, Wallichs, Depaul, se proposant de déterminer la durée très exacte de la gestation, ont réuni en nombre considérable des observations dans lesquelles le jour du coït fécondant avait pu être rigoureusement fixé. De même, Raciborski et Bischoff, pour démontrer que l'ovule n'était pas seulement fécondable pendant les quatre ou cinq jours qui suivent la rupture de la vésicule de de Graaf, ont cité des cas de conception au 10e et au 12e jour. De tels faits, vous le comprenez, deviendraient pour nous des documents de la plus haute valeur, s'ils étaient complétés par l'indication du jour où l'époque menstruelle s'est terminée et par celle du sexe de l'enfant. Peut-être les trouverait-on, pour quelques-uns tout au moins, en consultant le texte d'origine de ces divers travaux. C'est une recherche à laquelle je n'ai pu me livrer et je le regrette d'autant plus que ces observations nous offrent justement la donnée de beaucoup la plus difficile à obtenir avec précision, celle qui échappe généralement aux intéressés eux-mêmes, c'est-à-dire la date positive de la conception.

Il est extrêmement rare, en effet, à moins de circonstances particulières et, à vrai dire, exceptionnelles, qu'elle puisse être indiquée, avec une absolue certitude. Et cependant c'est le renseignement qui nous est le plus nécessaire. Sans doute, nombre de femmes déclarent avec la plus entière conviction qu'elles ont conçu tel ou tel jour et annoncent en conséquence leur accouchement pour une époque bien déterminée ; mais que de fois ne voyons-nous pas leur grossesse se prolonger, au-delà du terme assigné, non seulement de quelques jours, mais encore de plusieurs semaines ! Aussi devons-nous étudier

(1) *Tarnier et Chantreuil.* — Traité de l'art des accouchements. — T. I. Paris 1882, pages 565, 567.

de près les motifs sur lesquels se fonde leur opinion et ne retenir que les cas où ils ne laissent place à aucun doute. Au nombre des signes de probabilité de la grossesse, nos livres classiques, vous le savez, mentionnent une sensation voluptueuse spéciale au moment du coït ou des vomissements immédiatement après. Il est bien évident que nous ne saurions faire entrer en ligne de compte des considérations d'un ordre aussi futile. Pour accepter comme certaine la date d'une conception, nous exigerons qu'il soit matériellement impossible qu'elle ait eu lieu à aucun autre moment.

J'aime à espérer, Messieurs, que vous voudrez bien me continuer votre amical et très précieux concours, en observant strictement cette condition nécessaire. Ainsi, nos communs efforts, qui ont déjà produit des résultats si encourageants, ne tarderont sans doute pas à être couronnés d'un plein succès et à fournir la solution définitive et sévèrement contrôlée d'une question scientifique intéressant au plus haut point l'humanité tout entière. Ce sera, pour la Société médicale du IXe, dont le bon renom est déjà si légitime, un nouveau titre d'honneur auquel nous serons fiers d'avoir contribué.

OBSTÉTRIQUE

LE CURETTAGE DANS L'AVORTEMENT

(RIBEMONT-DESSAIGNES)

Toutes les fois que chez une femme qui n'est pas délivrée après un avortement la température s'élève, atteint ou dépasse 38°, il faut intervenir. Ne pas attendre que les lochies deviennent fétides, ni surtout un frisson.

Choisir entre le curettage instrumental et le curettage digital.

Curettage. — Saisir le col et l'abaisser avec une pince à griffes qu'on applique sur la lèvre postérieure. Introduire doucement un cathéter pour se rendre compte du degré de perméabilité du canal cervical.

Si les orifices paraissent refermés en partie, faire une dilatation rapide avec des tiges métalliques graduellement plus grosses.

Choisir une curette analogue à celle de Volkmann, avec laquelle on racle successivement la face antérieure, puis la face postérieure de l'utérus.

Le placenta donne une sensation de saillie qui diffère de celle de la paroi utérine. On le détache aussi complètement qu'il est possible de le faire.

Nettoyer alors la cavité utérine avec un écouvillon imbibé de

glycérine créosotée à 1 gramme pour 5 grammes, ou avec une bande de gaze iodoformée montée sur une pince longuette et imbibée de la même solution. Irrigation utérine avec 2 litres de solution antiseptique tiède. Introduire, dans la cavité utérine, une longue mèche de gaze iodoformée. Laisser le pansement en place pendant deux ou trois jours. Retirer alors la gaze iodoformée de l'utérus, laver le vagin et placer à nouveau de la gaze iodoformée dans le vagin. Renouveler le pansement deux ou trois fois et se contenter ensuite d'injections vaginales.

Curage digital. — Introduire la main dans le vagin, rechercher l'orifice du col avec l'extrémité de l'index. Faire pénétrer l'index dans l'utérus, puis le médius. L'autre main, sur la région hypogastrique, abaisse l'utérus.

L'introduction des doigts dans la cavité utérine se fait sans difficulté quand la femme est bien anesthésiée. Si le canal offre de la résistance, il suffit de le dilater temporairement avec un petit ballon de Champetier de Ribes.

On ne doit quitter la cavité utérine que quand le doigt ne sent plus aucun relief.

Faire ensuite une injection intra-utérine avec une solution de permanganate de potasse. Mêmes pansements qu'après le curettage.

Lorsque l'intervention est trop tardive, les accidents peuvent persister malgré le curettage ; les frissons se répètent et la mort survient par septicémie généralisée.

THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ARTHRITE DÉFORMANTE

(MALBEC)

A. *Poussée aiguë.*

1° Maintenir les articulations malades dans une immobilité absolue et les envelopper sous une couche de *chanvre goudronné* préalablement chauffé au four. Recouvrir de taffetas gommé et de ouate ;

2° Si la poussée fluxionnaire se prolonge, appliquer des *pointes de feu* au niveau de l'articulation ;

3° Prendre toutes les trois heures un cachet contenant :

Analgésine	0 gr. 50.
Benzoate de soude	0 — 25.

Pour un cachet n° 20 ;

4° Alimentation substantielle, viandes blanches, pâtes alimentaires.

Boire abondamment ; lait coupé avec de l'eau de Vichy. Tisane de baies de genièvre.

B. *En dehors des poussées.*

1° Eviter le froid humide et porter constamment de la flanelle. Pas d'exercices fatigants;

Couper la boisson au moment des repas avec de l'eau de Contrexéville, Martigny ou Evian;

Le matin, une cuillerée d'*huile de foie de morue*;

2° Faire tous les matins des frictions sèches sur le corps au gant de crin et masser les articulations;

3° Tous les deux jours, prendre un *bain de vapeurs térébenthinées* ou bien une *douche sulfureuse* chaude;

4° Pendant vingt jours par mois, prendre au moment des repas une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Arséniate de soude....................	0 gr. 10
Iodure de strontium..................	10 —
Eau distillée...........................	100 —

5° Tous les ans faire une saison à Plombières ou Luxeuil, Néris, Bourbonne, Aix, Dax, Bagnères-de-Bigorre, Barbotan.

FORMULES

Le traitement des tumeurs malignes par les sels de quinine

(LEMOINE.)

La thérapeutique du cancer est le problème qui a, de tout temps, préoccupé les cliniciens. Il n'est certes pas de question sur laquelle nous demeurions moins éclairés.

Sa théorie pathogénique est insuffisamment établie, la médication clinique ne peut pas être considérée comme spécifique.

La solution adoptée pour les pansements locaux est la suivante :

Bichlorhydrate de quinine	10 gr.
Eau distillée	100 —

M.

Mode d'emploi :

On panse l'ulcération avec des tampons d'ouate stérilisée, imbibée de cette solution.

Solution hypodermique Jaboulay :

Bichlorhydrate de quinine.	25 gr.
Eau distillée..............	50 —

M.

Chaque centimètre cube représente 0 gr. 25 de sel de quinine (une à deux seringues de Pravaz par jour).

Par la voie digestive, en cachets ou en solution, la dose quotidienne varie de 1 gramme à 1 gr. 50.

Le traitement sera réservé aux cancers inopérables ou aux cancers opérés pour rendre moins probables les chances de récidives.

Le cuivre dans la tuberculose.

(LUTON.)

Le phosphate ou l'acétate peuvent s'administrer de différentes manières dans les affections tuberculeuses.

En *potion* :

Acétate de cuivre....	5 centigr.
Phosphate de soude...	50 —
Potion gommeuse....	125 gr.

par cuillerée à bouche, d'heure en heure, à jeun.

En *pilules*, on peut prescrire : de vider aseptiquement celles-ci, puis d'appliquer des compresses imbibées dans la mixture suivante :

Chlorure de chaux.... 2,5 à 5

que l'on fait dissoudre dans :

Eau distillée.......... 990

Filtrer et ajouter :

Alcool camphré....... 5

Dès que la compresse commence à se dessécher, la réarroser. Après vingt-quatre heures, renouveler le pansement, enlever les lambeaux membraneux. Les compresses sont changées à intervalles de plus en plus grands, et la sécrétion tarit supprimée.

Contre l'endométrite blennorrhagique.

(SIREDEY.)

Faire des *injections intra-utérines picriquées*, selon la formule ci-dessous :

Se servir d'une seringue de Braun à laquelle on adapte une canule du diamètre et de courbure d'un hyrestometre ordinaire.

Solution :

Acide picrique	12 gr.
Eau	1.000 —

Préparer cette solution à chaud, et la conserver dans un vase obturé d'ouate.

Lotion contre le lichen arthritique.

Carbon. de soude 1 centigr. à 1 gr.	
Glycérine pure	30 gr.
Eau de son	500 gr.

F. s. a. un mélange pour lotions, dans le lichen arthritique circonscrit. Bains alcalins et de vapeur, ou même douches sur les régions affectées. Le traitement est le même pour le lichen pilaris. Seulement, comme cette forme se montre sur des parties velues, il est tout d'abord nécessaire de couper les poils, aussi près que possible des surfaces malades. Contre le lichen à papules déprimées, on emploie avantageusement les bains sulfureux et les douches sulfureuses.

Comme médication interne, on prescrit au malade les préparations alcalines : le bicarbonate de soude, à la dose de 0 gr. 20, 0 gr. 50. 1 gramme et 1 gr. 50 par jour, dans une tasse de tisane amère, l'eau de Vichy aux repas. Dans certains cas, on conseille avec succès les préparations de colchique ou d'antimoine.

L'antisepsie du cancer.

(Dr Lambert).

Pour les lavages, tous les liquides antiseptiques ou désodorants ont été employés : d'abord le sublimé à 1 ou 2/100, le chloral au 1/100, le permanganate de potasse à 10 ou 20/10000, les solutions de sulfates de cuivre ou de fer, le chlorure de chaux de 2 à 8/100, la liqueur de Labarraque (hypochlorite de soude), à la dose d'une grande cuillerée par litre d'eau, le naphtol camphré, puis à raison de deux cuillerées par litre, la teinture de benjoin.

Ou une cuillerée du mélange suivant :

Acide phénique	49 gr.
Glycérine	49 —
Essence de thym	2 —
Acide salicylique	1 —
Essence de géranium rosat	5 —
Alcool à 90°	300 —

Ou le coaltar saponiné à 3 cuillerées par litre.

Ou : Acide salicylique	0 40
Salicylate de soude	12 gr.
Teinture d'eucalyptus.	24 gr.
Eau distillée	180 gr.

à la dose de 6 cuillerées par litre.

Comme onguent, on s'est servi de l'ichtyol et de la glycérine mélangés dans les proportions de 40 à 50/100. Cordes et Bétrix recommandent le térébène dissous dans une égale quantité d'huile, très employé à la clinique gynécologique de Genève.

Les poudres absorbantes et antiseptiques ou leur mélange sont aussi variés et leur choix est tel, qu'on est forcé de constater son impuissance. On peut employer l'iodoforme, le salol, l'aristol, la résorcine, le salicylate de bismuth, le tanin, le talc, le carbonate de magnésie et bien d'autres. Lucas-Championnière recommande le mélange :

Poudre de Benjoin	50 gr.
Iodoforme	50 —
Carbonate de magnésie	50 —

et Vulliet celui-ci, auquel il joint un mordant :

Iodoforme	40 gr.
Sulfate de cuivre	10 —
Morphine	4 —

MÉDECINE PRATIQUE

L'Œdème pulmonaire pendant la grossesse. — MM. Bar et Daunay insistent sur la question des chlorures urinaires et de l'œdème pulmonaire chez une femme enceinte.

Cette observation démontre : 1° l'élimination abondante des chlorures au moment où l'œdème pulmonaire diminuait ; 2° l'heureux résultat du régime déchlorurant.

Nous allons parler de ce régime.

La malade fut d'abord soumise à la *diète hydrique absolue ;* quand on eut constaté une amélioration, on donna alternativement du lait et de l'eau, puis ensuite du lait.

La quantité de chlorures ingérés fut d'abord infime ; elle se releva un peu quand on donna du lait, mais, à aucun moment, la quantité de chlorure n'atteignit 1 gramme par 4 heures, ce qui représente 6 grammes par jour, c'est-à-dire une dose très faible.

La déchloruration acquiert donc une importance capitale dans les

cas d'œdème du poumon pendant la grossesse. C'est au régime déchlorurant qu'est due la guérison de la malade faisant l'objet de cette observation.

C'est un fait clinique qu'il importe de faire connaître.

Traitement de l'éclampsie puerpérale. — Pinzani (de Pize), Pazzi (de Bologne), Vitanza (de Palerme), Pasquali (de Rome), et Pestalozza (de Florence), passent en revue les diverses théories émises sur l'étiologie et la pathogénie de l'éclampsie puerpérale, si commune en Italie, qu'on a pu lui attribuer, dans certains cas, un caractère épidémique.

Parmi les théories nouvellement émises, citons celle qui place l'éclampsie sous la dépendance d'une statique électro-chimique spéciale du sang contenu dans le système lacunaire utéro-placentaire.

Le médicament qui paraît réunir la majorité des suffrages est toujours le *veratrum viride*, employé pour la première fois, en Italie, par Pasquali. Ce médicament s'administre soit par la voie buccale à la dose de 20 gouttes d'extrait fluide par jour, soit par la voie hypodermique (3 c. c. par jour). La médication vératrique peut, d'ailleurs, être combinée aux autres méthodes de traitement et particulièrement à l'emploi des injections de sérum artificiel.

L'emploi du vératrum doit, d'ailleurs, être surveillé avec le plus grand soin, la dose anti-convulsive étant très voisine de la dose toxique dont les effets sont difficilement enrayés chez les éclamptiques.

Castration ovarienne double dans les cas de cancers inopérables de la mamelle. — M. Reynes (de Marseille) rapporte l'observation d'une femme de 33 ans atteinte d'un épithélioma suppuré de chaque mamelle (vérifié histologiquement par le professeur Cornil). La maladie avait débuté neuf ans avant dans le sein gauche et depuis trois ans avait envahi le droit. L'affection paraissait inopérable lorsque l'auteur, se souvenant des communications du Dr Beatson, de Glasgow, eut l'idée de pratiquer une ovariotomie double avec hystérectomie totale. Très rapidement après l'opération il se produisit une régression atrophique et cicatrisante. En deux mois, la vaste ulcération du sein gauche se cicatrisa, elle n'existe plus que sous forme d'une tache scléro-cicatricielle. Les deux tumeurs se sont affaissées considérablement, on ne retrouve plus qu'une sorte de galette plate de plus en plus mobile et dure. L'état général s'est rapidement amélioré et est redevenu bon.

L'auteur, d'ailleurs, pense que cette méthode n'est applicable qu'aux femmes chez qui la tumeur est bien limitée aux seins et dont le fonctionnement génital est normal et encore en pleine activité.

Traitement de l'impétigo infantile. — Nettoyer avec ménagement et avec soin la peau, principalement celle de la tête. Eviter les frictions et les lavages exagérés avec de l'eau trop froide ou trop chaude. Maintenir sèches, avec un soin méticuleux, les surfaces adossées à l'aide de poudrages abondants et d'applications de tampons d'ouate ou de charpie imprégnés de poudres inertes. Pour prévenir l'eczéma intertrigo, vaseline jaune et tampons d'ouate.

Nourrisson au sein : réglementer rigoureusement l'alimentation de la nourrice, s'enquérir de la qualité de son lait. La changer si cela paraît nécessaire.

Nourrisson au biberon : alimentation exclusivement lactée. Lait provenant d'une vache saine, nourrie à la campagne. Selon les circonstances, lait pur ou lait coupé d'eau pure, d'eau de chaux ou d'eau de Vichy.

Comme médicament, ne donner, suivant les cas, qu'un peu d'eau distillée de laurier-cerise ou de teinture de belladone et de légers laxatifs ou des lavements (Brocq).

Deuxième et troisième enfances : instituer un traitement général selon le tempérament de l'enfant, après enquête minutieuse sur ses antécédents personnels et héréditaires.

Arthritiques : eaux minérales alcalines : Vichy, Vals.

Bicarbonate de soude.....	10 gr.
Sirop de fumeterre.......	300 gr.

M. (BAZIN.)

Une cuillerée à café avant chaque repas.

Benzoate de soude.........	1 gr.
Bicarbonate de soude......	6 gr.
Sirop de fumeterre........	75 gr.
Sirop de gentiane.........	75 gr.
Sirop de saponaire........	75 gr.

F. S. A. Dissolution à froid.

Deux cuillerées à café par jour.

Proscrire le café, thé, alcool, charcuterie, fromages salés, ali-

ments épicés, conserves de poissons, crustacés, gibier faisandé.

Surveiller les fonctions rénales et digestives. Laxatifs légers, sené, citrate de magnésie granulé, manne, eaux minérales purgatives. Faibles doses d'huile de ricin.

Guérison des pleurésies purulentes sans intervention opératoire (M. SCHWARZCHILD). — Dès que la ponction ramène du pus chez un pleurétique, l'intervention chirurgicale s'impose à l'esprit du médecin. Cette guérison pouvant s'opérer par des mécanismes différents : l'empyème de nécessité, la vomique et la résorption sans vomique apparente, c'est celle-ci que l'auteur étudie.

La résorption semble bien être le mécanisme qui intervient le plus souvent en pareil cas, et ce qui le prouve, ce sont les nombreux cas de guérison après une ou deux ponctions évacuatrices admises par les auteurs.

Dans les cas où on a pu suivre les malades pendant plusieurs années, on a constaté l'absence de déformations thoraciques, l'intégrité du poumon et de la plèvre ; il s'agissait donc bien d'une guérison définitive.

La médication par le collargol en frictions et en injections intra-veineuses semblent faciliter la résorption, on l'emploiera avec avantage pour aider la guérison naturelle. (*Thèse de Paris*, 1903.)

VARIÉTÉS

A propos du chloroforme. — *Calomniez, calomniez, il en restera toujours quelque chose!* — Il y a quelques semaines, un chirurgien des hôpitaux faisait conduire un malade dans la salle d'opération. Le chirurgien a l'oreille un peu dure et ne sait pas ausculter. Il ordonna d'endormir le malade... le malade mourut dans une syncope. Il mourut parce qu'il avait une insuffisance mitrale et qu'il était artério-scléreux. Il mourut comme *tous* les *cardiaques* qu'on intoxique par le chloroforme.

Le chirurgien ne fut pas surpris, il a l'habitude de ces accidents, mais très ennuyé.

Il fallait s'en tirer ! Il se souvient de Basile. Il calomnia le chloroforme... *C'est la faute du chloroforme!* Il écrivit, tempêta, fit du scandale. Une enquête eu lieu. L'analyse vient de démontrer que le chloroforme était parfaitement pur!

Mais l'autopsie de l'assassiné démontre, ce dont le chirurgien aurait dû s'enquérir avant de le chloroformiser, qu'il était porteur de graves lésions cardiaques.

Le chirurgien reste donc seul responsable de cette mort. Il a tué son malade parce qu'il a *négligé de l'ausculter*.

Le chloroforme de l'assistance publique est innocent, donc l'opérateur est *condamné*.

Le chirurgien a eu tort de crier trop fort. Il aurait mieux valu pour lui, montrer plus de modestie. On peut tuer les gens, mais il faut en convenir avec naïveté, sans chercher à accuser les autres. Il n'y a du reste, dit le peuple, pas de *mauvais instruments*, il n'y a que de *mauvais ouvriers*. Ce que M. Mesureur doit traduire : il n'y a pas de mauvais chloroforme dans les hôpitaux, mais il y a de *mauvais chirurgiens*.

Pour comble de malheur, n'est-ce pas le même chirurgien auquel survint cette fâcheuse quoique drolatique aventure? Un employé de la gare de Lyon avait été blessé. Un docteur rédigea un certificat constatant que le blessé guéri ne pouvait travailler. Quelques jours après, un docteur signe un autre certificat affirmant que ce manœuvre exagérait son état et pouvait travailler. Or l'ouvrier attaqua la compagnie et on fut très surpris de constater que les deux certificats étaient signés du même chirurgien. C'était notre chirurgien, toujours !

Seulement le premier certificat avait été signé par le chirurgien en chef de la Compagnie du P.-L.-M.

Le chloroforme de l'Assistance publique ne tue les malades qu'entre les mains des maladroits.

MICHAUT.

Les Médecins Japonais modern style. — En digne descendant des anciens samouraïs, le médecin Japonais *vieux style* n'hésite pas à faire « Hara-Kiri », à se plonger son sabre dans le ventre, quant il croit que la plus légère éclaboussure a terni sa dignité professionnelle. Mais qu'on ne s'imagine point que

la médecine japonaise en soit restée aux méthodes primitives ! L'acupuncture du cœur était pratiquée depuis longtemps, en Extrême-Orient, alors que la *paracentèse du péricarde* s'introduisait à peine dans la pratique courante des médecins européens.

Les médecins japonais modernes sont également instruits et fort dévoués à leurs clients. La plupart ont suivi les cours des Universités allemandes. Quelques-uns même se sont illustrés par des découvertes retentissantes. Parmi ceux-ci, on cite surtout le Dr Kitasato qui, le premier, a isolé et cultivé le bacille du tétanos. Pour quarante millions et demi d'habitants, le Japon compte 31.000 médecins. Ses Écoles de Médecine, au nombre de huit, sont fréquentées par de nombreux étudiants. A l'instar de l'Europe, on trouve dans les deux Universités de Tokio et Kioto des laboratoires nombreux et bien outillés, des cours libres, des revues médicales au courant du mouvement médical européen... et les mêmes rivalités scientifiques que chez les peuples occidentaux.

Les maladies au théâtre. — *L'homme crocodile.* — Cet artiste, appelé à un grand succès de curiosité, a le bonheur d'être atteint d'une *maladie de la peau* qui couvre tout son individu d'écailles monstrueuses. Avant son début, son barnum l'a envoyé passer vingt-quatre heures à l'asile de nuit, tout en recommandant bien de le doucher abondamment, but spécial de sa visite.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire pharmaceutique des maladies infantiles et indications hydro-minérales, publié sous la direction du Dr Gillet, ancien interne des Hôpitaux, rédacteur en chef de la *Gazette des maladies infantiles*. (Maloine, éditeur, Paris. Prix : 3 francs.)

Ce formulaire de 200 pages reproduit les principaux articles thérapeutiques et tous les formulaires parus dans la *Gazette des maladies infantiles*, dans le cours des années 1902 et 1903.

On y rencontre cependant autre chose qu'une simple réimpression ; mais bien une édition soigneusement revue, corrigée et augmentée dont les articles coordonnés ont subi une refonte et un remaniement complets.

Toutes les généralités du début, les notions de posologie et de pharmacologie applicables à l'enfance ont été ajoutées et rédigées spécialement.

On trouve d'abord les formulaires des maladies générales, fièvres éruptives et infections : rougeole, scarlatine, oreillons, coqueluche, rhumatisme, erythème noueux, syphilis, tuberculose, rachitisme, puis ceux des affections des divers appareils organiques, affections nerveuses, du tube digestif, des voies urinaires et génitales, du cœur, des voies respiratoires, de la peau, des yeux.

Enfin les indications des principales stations hydro-minérales.

Une table détaillée permet de trouver immédiatement le renseignement désiré.

On a surtout eu pour but de servir de guide au praticien.

MACON, IMP. X. PERROUX.

GYNÉCOLOGIE

ORIGINE ET TRAITEMENT DE LA LEUCORRHÉE
(SIREDEY et Henri LEMAIRE.)

Les sécrétions de la vulve sont complexes : elles proviennent à la fois des glandes de Bartholin, qui donnent un liquide incolore, légèrement visqueux, et des glandes périuréthrales du vestibule, au contenu plus fluide ; leurs produits se mêlent à la matière sébacée, d'apparence caséeuse, qui provient des nombreux follicules situés sur les grandes lèvres et à la face externe des petites lèvres. Il en résulte un écoulement jaunâtre, un peu visqueux, s'attachant aux poils, tachant et empesant le linge, et dont la coloration est quelquefois modifiée par la présence de pus, tout particurement fréquente en cette région exposée aux nombreux microbes pathogènes venus de l'extérieur.

Les écoulements vaginaux sont remarquables par leur apparence laiteuse, caillebotée ; ils tachent le linge sans l'empeser notablement ; la présence du pus leur donne un aspect crémeux et une coloration grisâtre ou verdâtre.

Le mucus du col utérin se présente sous l'aspect de glaires très visqueuses, qui tombent de temps à autre, jusqu'à la vulve, d'où elles s'échappent en grosses et larges gouttes filantes, qui laissent par la dessiccation, de petits grumeaux comparables au blanc d'œuf cuit. Quelquefois strié de sang, ou mélangé de pus, il ressemble à de gros crachats sanguinolents ou muco-purulents. De toutes les sécrétions de l'appareil génital, ce sont les plus caractéristiques et les plus faciles à reconnaître. Le liquide des glandes du corps utérin est clair, fluide ; mélangé aux produits du col et du vagin, il s'en distingue difficilement.

Les exsudats tubaires ne se présentent à la vulve que d'une manière exceptionnelle ; ils consistent en des mucosités filantes ou concrètes ressemblant à celles du col, mais leur expulsion est toujours précédée de coliques très accentuées.

Enfin, dans nombre de cas, ces sécrétions sont mélangées et confondues, et si l'on peut encore y distinguer les gros paquets de glaires qui caractérisent les productions cervicales, on ne saurait, d'après les seuls caractères extérieurs, discerner ce qui appartient à la vulve, au vagin, au corps de l'utérus, et la difficulté est plus inextricable encore lorsque ces écoulements renferment du pus, qui leur donne un aspect presque uniforme tendant à les rapprocher et à les confondre.

Il y aurait ici un grand intérêt à pratiquer l'examen bactériologique de l'écoulement. Tout d'abord il permettrait de savoir s'il s'agit d'un écoulement blennorrhagique et c'est là le point principal du diagnostic. Mais même en dehors de cette circonstance il y a des particularités qui pourraient être utilisées au point de vue du traitement. Celui-ci, d'une façon générale, peut être institué de la manière suivante :

Quand les sécrétions sont franchement purulentes, ou quand

l'examen microscopique y révèle la présence de globules de pus ou de nombreux polynucléaires, indice d'un processus infectieux, les injections antiseptiques sont nettement indiquées, sans préjudice des autres moyens plus directs de traitement : pansements locaux, badigeonnages, écouvillonnages, instillations, etc. Aucune solution antiseptique ne peut, à l'heure actuelle, avoir la prétention de s'imposer d'une manière exclusive : le permanganate de potasse, l'acide picrique, le nitrate d'argent conviennent tout particulièrement dans la blennorrhagie. On pourra varier le taux des solutions et leur mode d'emploi ; mais, en principe, les grandes injections de 3 ou 4 litres, pratiquées une ou deux fois par jour, à l'aide de solutions faibles et progressivement croissantes puis progressivement décroissantes, paraissent constituer une bonne thérapeutique.

On devra toutefois tenir compte des réactions individuelles essentiellement variables : si certaines malades supportent, dès le début, des solutions de permanganate de potasse à 1 0/0, ou des solutions d'acide picrique, il en est chez lesquelles des solutions deux ou quatre fois plus faibles provoquent une irritation excessive.

Il est inutile d'élever systématiquement la température de l'eau comme on le fait trop généralement. Sous prétexte qu'elles sont excellentes pour combattre les métrorrhagies et la congestion intense de l'utérus, les injections de 48° à 50° sont prescrites aujourd'hui d'une façon banale contre toutes les affections de l'appareil génital, et par un entraînement comme en provoque souvent la mode en thérapeutique, on est arrivé à conseiller des injections à 52° 55° !

Cette pratique est loin d'être inoffensive ; elle cause de véritables brûlures et provoque une desquamation très active des muqueuses génitales qui entretient l'hypersécrétion au lieu de la tarir, et rien ne permet de dire que son action microbicide en soit accrue.

Les mêmes injections conviennent parfaitement aux autres formes de l'infection génitale ; on pourra recourir également à l'eau oxygénée, au chlorure de zinc, à l'acide phénique et à d'autres antiseptiques, mais le sublimé, malgré toute sa vogue, semble bien peu recommandable : très irritant pour la peau et pour les muqueuses, il coagule les substances albuminoïdes et n'agit que d'une manière très superficielle. Le salol est tout particulièrement irritant et mal supporté dans la majorité des cas.

Lorsqu'il n'existe pas d'infection ou lorsque celle-ci a disparu, on doit se préoccuper beaucoup moins d'instituer un traitement microbicide.

Aux solutions antiseptiques souvent irritantes, il est préférable de substituer des préparations alcalines qui ne coagulent pas les sécrétions et font un lavage beaucoup plus parfait des cavités entraînant les débris épithéliaux en voie de desquamation. Les hypochlorites sont particulièrement favorables à ce point de vue, et Paul Petit en avait très judicieusement préconisé l'emploi.

L'eau bouillie, à 40°, additionnée de liqueur de Labarraque

(1 cuillerée à soupe par litre), ou même de sous-carbonate de soude, constitue un bon traitement des écoulements.

On peut y ajouter du tanin (de 3 à 5 grammes par litre) dont l'action astringente est assez favorable.

Enfin, dans la leucorrhée des jeunes filles, le traitement local devra être aussi peu militant que possible.

Il n'est pas nécessaire d'entreprendre une guerre acharnée contre les microbes inoffensifs qui pullulent dans les voies génitales et on doit bien plus redouter l'apport d'organismes exogènes ou les traumatismes résultant d'injections mal faites, qu'on ne doit craindre le développement des saprophytes.

De simples lavages, à l'aide de solutions alcalines ou faiblement astringentes, pratiquées à l'aide d'une petite canule en caoutchouc à plusieurs orifices et soigneusement aseptisée, suffisent en général, et doivent même être réservés aux formes rebelles.

Il importe surtout d'instituer un traitement général : fer, arsenic, hydrothérapie, repos, à la campagne, séjour selon les circonstances.

Il nous semble que de nouvelles recherches patiemment poursuivies sur ce sujet permettraient d'apprécier d'une manière plus précise l'influence des diverses injections et des divers pansements sur les sécrétions génitales, et il en résulterait peut-être un traitement plus rationnel et plus efficace des leucorrhées. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1904.)

ESSAI CLINIQUE SUR LES SALPINGITES SYPHILITIQUES (*Suite*).

Par le Dr Wassilieff, de Paris, chirurgien de l'hôpital de Saint-Cloud.

Je possède aussi des observations de syphilis intestinale et de syphilis vésicale. Obligé de me servir de ces observations encores inédites pour faire la critique des cas de salpingite syphilitique publiés, j'espère qu'on voudra me faire crédit jusqu'à la publication de ces faits.

Les observations que j'ai à examiner sont celles de P. Petit, de Polaillon et de Jeanne (de Rouen).

Le cas de Polaillon me parait bien être celui d'une salpingite syphilitique : marche subaiguë, lésions bilatérales de petit volume, c'est bien l'ensemble symptomatique de mes observations. Il n'y a eu ni diagnostic préalable, ni constatation par la vue directe. On ne peut donc retenir valablement cette observation, dans laquelle aucune prévision rationnelle n'a pu être établie au moyen de caractères cliniques définis, se rapportant à l'origine syphilitique des lésions. Cependant je crois

qu'il s'est agi dans le cas de Polaillon d'une salpingite double spécifique.

En est-il de même pour le cas de Jeanne, de Rouen? Je ne le crois pas.

Dans ce cas, il y a eu des lésions syphilitiques, cela me paraît très probable, sinon certain. Mais rien n'indique qu'il se soit agi de salpingites. Je me base pour émettre cette opinion, non seulement sur les cas observés par moi, mais aussi sur les observations que je possède : appendicite syphilitique (trois cas), syphilis intestinale (deux cas), cystite spécifique (deux cas) et sur les observations connues ou publiées de syphilis du foie ou de l'estomac.

Je rappelle que la syphilis viscérale se manifeste de trois manières différentes :

1° Par des lésions gommeuses ;

2° Par des lésions scléreuses ;

3° Par des lésions artérielles (péri et endartérielle, avec ou sans thrombose).

Eh bien, voyons quelles sont les conséquences de ces différentes lésions lorsqu'elles se produisent, soit sur les viscères pleins, soit sur les viscères creux de l'abdomen.

Sur les viscères pleins, foie par exemple, on observe ou bien des lésions scléreuses sans réaction péritonéale, ou bien des lésions avec réaction péritonéale, c'est-à-dire formation d'adhérences entre la paroi et la partie du foie atteinte d'altération syphilitique.

Dans les viscères pleins, les gommes, s'il en existe, ont un accroissement lent, mais progressif, accompagné de la formation d'adhérences protectrices du péritoine.

Dans les viscères creux (estomac, intestin), les gommes de la paroi viscérale n'atteignent jamais un gros volume, l'évacuation du contenu pouvant se faire rapidement et facilement dans le canal intestinal. Là encore des adhérences protectrices se forment très rapidement.

Dans les viscères creux, les lésions scléreuses ne donnent pour ainsi dire que très rarement lieu à la formation d'adhérences; le travail paraît se faire aux dépens de la lumière du canal intestinal et aboutit généralement au rétrécissement.

Donc, nous trouvons décrits deux genres de lésions :

1° Productions gommeuses, généralement petites, rapidement évacuées ou disparaissant par le traitement.

Ces lésions sont très rares sur les viscères creux, ou du moins passent inaperçues.

2° Productions scléreuses amenant le rétrécissement du conduit.

Dans le premier cas seulement, il se forme des adhérences entre le péritoine pariétal et le feuillet viscéral, au niveau et autour des points lésés.

Il existe cependant des altérations syphilitiques des viscères creux, ne se rapportant ni à l'un ni à l'autre des deux genres mentionnés ci-dessus.

Ce sont les lésions dues à la périartérite et à l'endartérite des branches arrosant les viscères.

Ainsi dans la syphilis de l'appendice et de l'intestin, la thrombose des ramifications terminales produit des points de sphacèle limité de la muqueuse. L'infection d'origine intestinale qui résulte de cette nécrobiose, provoque la formation d'adhérences souvent épaisses et suffisamment étendues, pour que le palper abdominal donne la sensation d'une tuméfaction plus ou moins bien limitée.

Tel était le cas, dans deux de mes observations d'appendicite syphilitique, dans mes deux cas de syphilis intestinale et dans la plupart des observations publiées de syphilis de l'estomac.

Des points différents plus ou moins éloignés peuvent être le siège de ce processus adhésif ; on trouve alors plusieurs tuméfactions légèrement douloureuses et cette multiplicité des tumeurs est pour moi une excellente indication de l'origine spécifique des lésions.

N'est-ce pas là le cas de la malade de Jeanne (de Rouen) dont l'observation est intitulée « Salpingite syphilitique » ?

Je résume le fait en quelques mots :

Femme de 49 ans, nettement syphilitique, présentant en 1898 une tuméfaction pelvienne et iliaque, offrant les allures d'une annexite suppurée.

Opération refusée. Guérison par le traitement. En 1900, il existe dans les culs-de-sac latéraux et antérieur, trois tumeurs grosses comme une mandarine, péri-utérines, fermes et rondes, diagnostiquées fibromes du ligament large ou salpingite et fibromes coexistants.

Opération refusée. Guérison par le traitement spécifique.

Les détails de l'observation ne sont pas suffisants pour porter un diagnostic ferme, sans avoir examiné la malade. Cependant, il me semble qu'il ne s'est pas agi là de salpingite syphilitique, mais bien de syphilis intestinale, ayant provoqué

des adhérences de l'intestin dans le voisinage de l'utérus et des trompes.

Jusqu'ici, nous ne connaissons, en fait de syphilis viscérale, que des lésions sclérosantes, soit sur l'ovaire (Ozenne), soit sur les trompes, comme je l'ai mentionné dans deux de mes observations et comme j'ai pu le constater sur un appendice enlevé par moi, il y a quatre semaines.

De l'ensemble de mes observations, plus nombreuses je crois que chez n'importe qui, je suis en droit de conclure jusqu'à nouvel ordre que les lésions spécifiques de la trompe aboutissent à la sclérose sans réaction péritonéale sensible, par conséquent sans adhérences rapidement formées et sans apparence de tumeur proprement dite.

Les cas d'ovarite spécifique d'Ozenne viennent prêter un appui considérable à ce que j'avance, d'après ce que j'ai vu directement. Aussi peut-on mettre en doute le diagnostic de salpingite spécifique porté par Jeanne (de Rouen) ou tout au moins faire sur l'existence réelle de cette lésion les plus grandes réserves.

J'en dirai autant des cas rapportés par P. Petit d'après Barthélemy. L'existence d'une poche salpingienne me paraît constituer une grave présomption contre l'origine syphilitique de la lésion, origine que rien ne démontre, car il ne suffit pas de constater sur un syphilitique une lésion quelconque pour donner à cette lésion une telle origine. Une pareille façon de raisonner est inadmissible.

Pour déclarer qu'une lésion est d'origine syphilitique, il ne suffit pas d'une ou plusieurs statistiques. Il faut plus qu'une coïncidence. Il est nécessaire :

1° Que la lésion présente des caractères propres, un ensemble de phénomènes n'existant que pour la lésion considérée et pouvant être constamment rattaché à l'origine spécifique ;

2° Que cette lésion ne se présente avec cet ensemble de caractères que sur des syphilitiques.

Je rappelle que deux au moins de mes observations constituent de véritables expériences et que les constatations directes, *de visu*, me permettent d'ébaucher, sinon de décrire l'histoire clinique des salpingites syphilitiques.

Avec quels caractères se présentent ces lésions ?

Quelle est leur marche, quelle est leur terminaison ?

Le diagnostic clinique et anatomique est-il possible ?

Telles sont les différentes questions que je vais essayer de résoudre.

Description symptomatique.

Les salpingites syphilitiques se présentent avec les caractères suivants :

Au début, douleur peu intense d'un côté du bas-ventre se manifestant surtout la nuit et durant peu. En même temps, il y augmentation d'abondance des règles; puis, la douleur augmente d'intensité, se reproduit plus souvent, à intervalles plus rapprochés, dure plus longtemps, si bien qu'au bout de quelques mois, les crises deviennent subintrantes.

Enfin, la douleur gagne l'autre côté et s'y manifeste avec les mêmes caractères, de sorte que l'on peut ainsi définir la douleur des salpingites syphilitiques :

Oscillante, progressive, continue, à bascule. Les règles augmentent de durée et d'abondance ; leur intervalle va donc en diminuant avec le temps; à cette période d'état, les lésions restent petites. Trompes du volume du petit doigt au plus, légèrement douloureuses spontanément et à la pression.

Mais le caractère important au point de vue du diagnostic, réside dans la douleur provoquée par la pression au niveau des artères pelviennes : épigastrique, utérine, vaginale, honteuse interne, spermatique externe, fémorale.

Ces douleurs artérielles sont ignorées des malades, qui sont toutes surprises de constater leur provocation par la pression du doigt explorateur.

La période d'état dure un temps assez long ; puis lentement, très lentement, parfois en plusieurs années, les symptômes s'atténuent; les douleurs deviennent moins intenses, mais en revanche continues; les trajets artériels deviennent beaucoup moins sensibles; les règles, un peu plus fréquentes que d'habitude, diminuent d'abondance et finissent par être moindres, en quantité, qu'avant l'invasion de la maladie.

Les signes physiques suivent la même marche : les trompes restent petites à la période d'état; puis elle diminuent de volume à mesure que les symptômes s'atténuent et finissent par ne plus avoir que le volume d'un petit crayon, d'un gros canal déférent. Elles deviennent dures, rigides et presque rectilignes. Quelle est donc la marche de la maladie ? Elle est comme le symptôme douleur progressive jusqu'à la période d'état, puis les symptômes s'atténuent, la marche devient dégressive, si je puis m'exprimer ainsi. La maladie aboutit à des phénomènes que l'on rapporte d'ordinaire à l'existence d'ovaires scléro-kystiques ; parfois cependant la sclérose

clinique s'accompagne d'un symptôme contradictoire : la persistance de ménorrhagie assez abondante.

L'anatomie pathologique explique-t-elle les symptômes et la marche? Je crois pouvoir répondre par l'affirmative.

Que trouvons-nous, en effet, au point de vue macroscopique ?

Les laparotomies ont montré qu'au début les trompes, peu augmentées de volume, sont *bleues*, gorgées de sang, *cyanosées*; qu'à une période plus avancée de la maladie, la lésion aboutit à la sclérose : trompes *blanches*, très petites, dures, rigides, ayant l'aspect d'un gros canal déférent, ressemblant à la salpingite parenchymateuse si bien décrite par mon vénéré maître, M. le professeur Pozzi. La localisation de la syphilis sur les trompes ne paraît donc pas, jusqu'ici, avoir donné lieu à la production de masses gommeuses ou de collections purulentes.

Au point de vue microscopique les lésions sont constituées par une sclérose totale de la paroi tubaire, si bien que les fibres musculaires, dissociées, atrophiées, paraissent avoir disparu sur un très grand nombre de points.

Les lésions importantes portent sur le système artériel : on trouve en effet de la périartérite et de l'endartérite, généralement sans thrombose.

A tous ces points de vue, je ne puis poser que des jalons, destinés à diriger les recherches, lorsqu'un plus grand nombre de cas de salpingite syphilitique auront été observés.

Et pour cela, il faut pouvoir en faire le diagnostic clinique. Est-il bien difficile, ce diagnostic, pour un homme prévenu de l'existence possible de pareilles lésions ? Je ne le crois pas, car voici, selon moi, sur quoi il faut se baser pour l'établir :

1° Une salpingite kystique, séreuse, hématique ou purulente, n'est pas une salpingite syphilitique ;

2° Une salpingite à marche aiguë, avec phénomènes de péritonisme et symptômes généraux notables, n'est pas une salpingite syphilitique.

Le diagnostic se pose donc entre la salpingite spécifique et les lésions salpingiennes subaiguës ou chroniques.

Les salpingites subaiguës sont la simple ou l'actinomycosique ; les salpingites chroniques sont la simple parenchymateuse, ou la tuberculeuse ou la blennorrhagique.

L'actinomycose annexielle est généralement secondaire à des lésions analogues appendiculo-cæcales. Elle passe donc inaperçue, même lorsqu'elle siège primitivement dans les annexes, car la marche extrêmement insidieuse de la maladie

ne permet que tard de reconnaître son existence. Lorsque l'attention est attirée du côté du bassin, on découvre un empâtement diffus peu douloureux, parfois une collection purulente ; c'est dire qu'à ce moment il n'y a pas lieu de penser à une salpingite syphilitique.

Celle-ci ne peut être confondue qu'avec les lésions non accompagnées d'augmentation de volume de la trompe, ce qui élimine les salpingites tuberculeuses kystiques.

Il nous reste donc à faire le diagnostic entre la lésion spécifique d'une part, les salpingites parenchymateuse, tuberculeuse au début ou blennorrhagique, d'autre part.

La distinction serait assez difficile, pour ne pas dire impossible, s'il n'y avait pas un symptôme capital sur lequel j'ai déjà attiré l'attention.

Dans tous ces cas, comme dans la salpingite syphilitique, les trompes sont petites, assez dures, douloureuses, la maladie est subaiguë, même chronique et accompagnée de métrorrhagie. L'existence d'une blennorrhagie antérieure au cours de laquelle ont commencé à apparaître les symptômes salpingiens, permettra de diagnostiquer une salpingite blennorrhagique sans collection. Dès que celle-ci apparaît, il ne s'agit plus de salpingite syphilitique.

Les mêmes réflexions s'appliquent à la lésion tuberculeuse dont le diagnostic au début est pour ainsi dire impossible.

Ce qui permettra de soupçonner et parfois d'affirmer l'existence de la syphilis, en dehors de tout commémoratif, c'est la provocation de la douleur par la pression du doigt, sur le trajet des artères pelviennes : utérine, vaginale, et plus particulièrement des artères éloignées des annexes : honteuse, interne, épigastrique et fémorale. Ce symptôme est pour moi capital, parce qu'il est anormal et parce que, suivant l'aphorisme de mon très cher maître, M. le professeur Tillaux, lorsqu'on rouve un signe anormal, il faut s'attacher à ce signe, car il conduira au diagnostic.

Les ovaires scléro-kystiques se reconnaissent assez facilement ; je n'en parle que pour rappeler la parenté de ces lésions avec la salpingite syphilitique, parenté mise en lumière par notre collègue Ozenne.

Il me reste un mot à dire sur le diagnostic; il doit être fait entre la lésion spécifique et l'absence de lésion ou ce qu'on appelle névralgie pelvienne.

Le diagnostic peut être très difficile; cependant, je pense que l'existence des points artériels douloureux déjà signalés peut

aider au diagnostic ou tout au moins faire essayer le traitement spécifique.

Celui-ci exerce son action curative pendant assez longtemps après le début de la maladie, mais il est à peu près impuissant lorsque la lésion a abouti à la sclérose. Dans ce dernier cas, seule la chirurgie arrive à guérir les malades.

Dans les cas douteux, le traitement doit être appliqué à titre d'essai ; il peut amener des guérisons, qu'une opération même a été impuissante à produire.

EMBRYOLOGIE

A PROPOS DE LA MIGRATION EXTERNE DE L'OVULE

Le Dr Bourcart, privat-docent à l'Université de Genève, a communiqué à la Société médicale de Genève, le 1er avril 1903, un cas de migration externe de l'ovule chez une femme ayant subi *l'extirpation de l'ovaire gauche* et de la *trompe droite* ainsi qu'une myomectomie et une hystéropexie abdominale. Notre distingué confrère fait suivre cette communication de réflexions que nous résumons ici (1).

En résumé, il s'agit d'une femme n'ayant plus qu'une partie de son ovaire droit, la *trompe droite ayant été réséquée au ras de l'utérus, et une trompe gauche saine*, l'ovaire gauche ayant été enlevé en totalité.

Cette femme avait en outre un utérus placé en disposition plutôt défavorable à l'imprégnation sexuelle, étant donné la position spéciale dans la cavité abdominale par suite de l'hystéropexie et la présence de quelques petits fibromes constatés dans son épaisseur.

Le dernier enfant de la malade était âgé de 12 ans, et elle n'avait eu depuis lors aucun symptôme de grossesse.

Malgré toutes les difficultés opposées à la fécondation, elle est devenue grosse et s'est accouchée spontanément à terme d'un enfant normalement constitué.

L'ovule, pour être fécondé, a dû nécessairement suivre une voie longue et difficile : partant de ce qui restait de l'ovaire droit, il a dû franchir les obstacles qui se trouvaient dans le Douglas et remonter vers la trompe gauche pour y pénétrer et rencontrer là ou dans l'utérus le spermatozoaire nécessaire à son développement; c'est donc un cas typique de fécondation par migration externe de l'ovule.

L'endroit de l'imprégnation de l'ovule par le spermatozoaire, depuis son départ de l'ovaire jusqu'à l'orifice interne de l'utérus, n'a jamais été établi par l'expérience ou par la constatation clinique, il y a tout lieu de croire qu'il varie suivant les circons-

(1) La communication *in extenso* a paru dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mars 1903.

tances et l'imprévu de la rencontre, depuis le départ jusqu'à la sortie, c'est-à-dire de l'ovaire à l'orifice interne de l'utérus. Nous ne nous étendrons pas sur les diverses théories émises à ce sujet ; ce n'est du reste point là ce qui nous intéresse, puisque nous n'avons pas affaire à une grossesse anormale.

Ce cas est uniquement une des preuves certaines de la faculté que possède l'ovule de pouvoir cheminer d'un côté à l'autre de la cavité abdominale.

De quelle façon a-t-il pénétré dans la trompe gauche ? L'aspiration produite dans l'entonnoir tubaire par le mouvement des cils vibratiles a-t-elle été assez puissante jusque-là ? La chose paraît un peu téméraire à admettre, vu les obstacles accumulés sur la route. L'ovule est parti de l'ovaire droit (lequel était fixé avec l'utérus à la paroi abdominale), pour aller jusqu'à la trompe gauche, plus ou moins adhérente à la fosse iliaque par la cicatrice de l'ablation de l'ovaire gauche. Ces conditions ne permettent pas de supposer un courant puissant, attirant l'ovule à distance, comme le Gulf-stream attire les navires qui se risquent dans les parages du gouffre océanien.

Si ce courant attractif était si puissant, il s'opposerait à la « remontée » du spermatozoaire à travers la trompe malgré la vigueur du filament caudal de celui-ci, et cependant l'expérience clinique montre que le spermatozoaire peut facilement franchir le pavillon de la trompe pour venir se promener à la surface de l'ovaire et même pénétrer plus avant dans la cavité abdominale.

L'ovule lui-même ne paraissant animé d'aucun mouvement, nous devons donc en rester aux conjectures. L'opinion généralement admise actuellement que le *corps jaune vrai* appartient à *l'ovule fécondé* a permis d'établir deux théories de migration anormale de l'ovule. Celui-ci peut être recueilli ou s'introduire dans la trompe située de l'autre côté, ou bien un ovule situé dans sa trompe correspondante traverse l'utérus et remonte dans la trompe opposée où il est fécondé par le spermatozoaire qui s'y trouve, c'est ce que l'on a appelé d'une part la *migration externe*, de l'autre la *migration interne*.

Le premier mode seul nous intéresse ici ; son existence a été de nombreuses fois démontrée dans la littérature.

Kussmaul a été un des premiers à présenter des cas de ce genre : occlusion de la trompe d'un côté, présence du corps jaune du même côté ; l'ovule a dû évidemment gagner la trompe opposée par la voie externe.

Les cas plus probants encore et plus souvent constatés ont été ceux où, lors du développement rudimentaire d'une corne d'un *utérus bicorne*, il y eut grossesse dans cette corne rudimentaire, et présence d'un corps jaune vrai dans l'ovaire du côté utérin normal. Mayerhofer a voulu nier les relations du corps jaune vrai avec l'ovule fécondé, mais il est inutile de revenir aux discussions interminables qu'a soulevées ce sujet : le spermatozoaire peut

aussi sortir de la trompe et rentrer de l'autre côté ; c'est le cas lorsque le corps jaune vrai se trouve du même côté que la corne atrophiée dans l'utérus bicorne, mais il ne faut pas généraliser (Virchow).

Du reste, nombreux sont les cas où, chez la femme l'ovule a nettement cheminé d'un côté à l'autre par la voie extérieure ; le nôtre en est une preuve, et certes le chemin n'était pas facile.

Coé rapporte le cas d'une femme opérée, qui avait déjà présenté deux ans auparavant des signes de grossesse extra-utérine, et chez laquelle les mêmes phénomènes reparurent quatre mois avant l'intervention. A l'opération, on trouva derrière le ligament *droit* une poche déchirée, contenant un fœtus momifié et au-dessus de cette poche un fœtus de trois à quatre mois, se débattant vivement dans les caillots sanguins et à côté de lui son œuf déchiré. Un examen attentif montra que la nouvelle grossesse s'était produite dans la même trompe que la première, un peu en dehors de l'ancienne tumeur, et qu'il y avait eu déchirure avec pénétration dans la cavité abdominale. L'ovaire *gauche* présentait un corps jaune, il n'y en avait aucun dans le *droit*. La trompe *droite* était complètement fermée du côté de son insertion utérine, mais libre à son extrémité abdominale. *L'œuf fécondé* avait donc dû émigrer du côté gauche au côté droit par la cavité abdominale, être entré dans le pavillon de la trompe gauche et *s'y développer là-même* jusqu'au moment de la rupture du sac, puisque la trompe était complètement obstruée du côté utérin par l'ancienne grossesse tubaire [1]

L'ovule a-t-il fait ce voyage *déjà fécondé*, comme le prétend Coé, cela n'est pas probable, car il se serait probablement fixé en route. mais il est à présumer qu'arrivé à l'auberge de la trompe droite (obstruée), il y aura trouvé des compagnons masculins, arrivés par la même route que lui, et qu'il en sera résulté une fécondation — malheureuse pour lui — parce qu'extra-utérine !

Je ne vois pas dans ce cas l'influence de la fameuse aspiration par les cils vibratiles ; ceux-ci, cependant, n'étaient peut-être pas bien malades, puisque l'ovule a pu se loger là !

Von Rokitansky, Oldham, Wharton, Jones, J. Veit et bien d'autres, relatent des cas d'oblitération de la trompe avec corps jaune du même côté, par conséquent, migration externe de l'ovule, si l'on admet, ce qui est généralement le cas, la théorie du corps jaune vrai, correspondant à l'ovule fécondé, mais les cas d'absence d'ovaire d'un côté et de trompe de l'autre sont toujours plus probants.

L'expérimentation sur les animaux est aussi intéressante.

Leuckart a vu deux ovules fécondés s'implanter dans les deux cornes utérines, même lorsqu'ils ne provenaient que *d'un seul ovaire*. Léopold lia chez la lapine la trompe droite et extirpa l'ovaire gauche ; dans trois cas, il y eut deux fois grossesse. Kircef et Bruzzi firent de même et obtinrent un résultat sept fois sur trente-

cinq expériences. Il en fut de même d'Heinricus. Par contre, Consentino a répété cette opération sur neuf brebis sans obtenir de fécondation appréciable.

A l'encontre de Heil qui nie, d'après ses expériences, le pouvoir d'aspiration des trompes par leurs cils vibratiles, Lode a cherché à prouver qu'au contraire ces cils vibratiles peuvent mettre, chez les mammifères, l'ovule en mouvement ; il a injecté, à cet effet, des œufs d'ascarides dans la cavité abdominale de cochons d'Inde, et il a retrouvé ces œufs dans les trompes, 10 heures, 36 heures et même 7 jours après l'injection. Prunier a injecté des matières colorantes pulvérulentes et insolubles dans la cavité abdominale de cobayes et les a vu revenir dans le vagin à travers les trompes et l'utérus. Zweifel dit, avec raison, que chez bien des animaux l'ouverture de la trompe est très éloignée de l'ovaire et que malgré cela la fécondation se fait régulièrement.

Dans les cas de migration externe de l'ovule, il y en a où la position des annexes doit singulièrement faciliter le passage d'un côté à l'autre de l'œuf, ce sont ceux où les malades, *étant atteintes d'un degré plus ou moins prononcé d'entéroptose, les annexes sont souvent prolabées dans le Douglas et plus ou moins en contact les unes avec les autres* (Bourcart), puisqu'on a trouvé quelquefois des trompes adhérentes l'une à l'autre derrière l'utérus. (*Gazette de gynécologie.*)

MÉDECINE LÉGALE

NULLITÉ DU MARIAGE, POUR IDENTITÉ DE SEXE (1).

Le mariage est l'union de l'homme et de la femme. Assurément, mais qu'est-ce qu'un homme ? qu'est-ce qu'une femme ? Nous ne savons si la physiologie a trouvé sur ce point des définitions précises et certaines. En tous cas, la loi n'en a pas donné, et c'est en nous plaçant uniquement au point de vue de la loi que nous voudrions faire connaître aux lecteurs de l'*Echo médical du Nord* des décisions judiciaires récemment intervenues, à l'occasion d'une demande en nullité de mariage pour identité de sexe entre les deux conjoints.

Aussi bien la question se pose-t-elle sur le terrain médical plus encore que sur le terrain juridique : c'est aux médecins que s'adressent les intéressés et les juges pour être éclairés sur la solution qu'elle comporte.

En outre, c'est à Lille que s'est produite « l'espèce » sur laquelle nous voudrions appeler l'attention, c'est à Lille qu'habitaient les intéressés, ce sont des médecins de Lille et, peut-être, des lecteurs de l'*Echo médical* qui ont été appelés, les premiers, à examiner et à conclure.

(1) L'*Echo médical du Nord*, 1904, p. 308.

Autant de raisons pour que l'affaire ne passe pas inaperçue, et que l'*Echo médical* en enregistre les documents judiciaires, lesquels ne sont que le reflet et le commentaire des documents médicaux.

La question de nullité du mariage pour identité de sexe n'est pas, — heureusement, — de celles qui se présentent fréquemment devant les tribunaux. Dans son Cours de médecine légale sur le *mariage*, le docteur Brouardel cite des jugements ou arrêts se rapportant à deux espèces seulement (Dr Brouardel, *Le Mariage, nullité, divorce, grossesse, accouchement*, p. 358). Or, malgré sa rareté et peut-être à cause de sa rareté, la question soulève, en droit, de très délicates difficultés. A Lille, elle se présentait sous l'aspect suivant : doit-on considérer comme femme, quant au mariage, « la créature humaine qui n'a que la conformation extérieure et accessoire du sexe féminin, et qui manque des organes constitutifs de ce sexe » ? Une « créature humaine » répondant à ce peu flatteur tableau s'était unie, par légitime mariage, à un homme, un vrai homme. Cet homme pouvait-il s'appuyer sur la loi pour faire déclarer son mariage nul, ni existant ? Il se résolut à tenter l'aventure. Car c'était bien une aventure, ainsi que le lui montra l'événement. Tout d'abord, le tribunal civil, et, sur appel, la Cour de Douai, consacrèrent sa prétention et prononcèrent la nullité de son mariage. Mais finalement, sur pourvoi, la Cour de cassation, et, sur renvoi, la Cour de Nancy, repoussèrent sa prétention en déclarant son mariage légalement valable. Et, le seul résultat tangible qu'il obtint fut... sa condamnation en tous les dépens.

Où est la vérité légale ? Nous n'avons pas l'intention de le rechercher ici. Laissant de côté toute discussion et même toute appréciation, nous nous bornons à placer les « pièces du procès » sous les yeux de nos lecteurs.

Le texte du jugement rendu par le tribunal civil de Lille, le 22 décembre 1900, n'a point été publié, que nous sachions ; mais l'on peut croire que son argumentation a été reproduite par l'arrêt de la Cour de Douai, en date du 14 mai 1901, qui l'a confirmé, et qui est ainsi conçu :

La Cour : — Attendu que la prétention de la dame Gav..., si elle était admise, aurait pour résultat de maintenir Gav... dans les liens d'un mariage où il ne rencontrerait ni la satisfaction des besoins sexuels, ni l'espoir si universellement conçu, si légitime et si respectable de reporter son affection sur sa descendance, ni l'espérance non plus, toujours si douce à l'esprit humain, d'assurer la continuation de sa personnalité dans cette descendance ;

Attendu que Gav..., dans le cas où il n'accepterait pas les privations de tout genre que comporte une pareille union, se verrait exposé, le cas échéant, soit aux sanctions de la loi pénale en cas d'adultère, aux rigueurs de la loi civile en cas d'abandon de sa femme, refus de cohabitation, etc. ;

Attendu qu'avant d'admettre que la loi soumet à une telle épreuve un conjoint qui n'a eu aucun tort et qui est victime d'une tare constitutionnelle de l'autre conjoint, tare dont il ne pouvait se rendre compte avant la célébration du mariage, il convient de rechercher si cette solution s'impose au juge, chargé d'interpréter la loi, d'une façon tellement inéluctable qu'il soit obligé de la consacrer ;

Attendu que s'il arrive quelquefois à la loi de léser certains intérêts particuliers et personnels, elle ne le fait jamais et n'a droit de le faire que si sa décision est imposée par un intérêt supérieur ou d'ordre public ;

Attendu qu'on ne voit pas quel intérêt supérieur de morale, d'humanité ou d'ordre public imposerait le maintien d'un mariage dans les conditions afférentes à l'union des époux Gav..., mais qu'au contraire le maintien de cette union semble ne pouvoir favoriser ou encourager que les individus assez négligents pour ne pas tenir compte de leurs tares constitutionnelles, ou d'assez mauvaise foi pour les cacher ;

Attendu que tel est précisément le cas de la dame Gav... ; que celle-ci n'ayant jamais eu ses menstrues, ne pouvait ignorer tout ce que ce fait a d'anormal et de préjudiciable au point de vue matrimonial, et qu'il ne tenait qu'à elle, en recourant aux conseils d'un médecin, de vérifier quelles pouvaient être ses aptitudes physiques, au point de vue du mariage ; qu'en ne tenant aucun compte de son état physiologique, elle a tout au moins commis une grave imprudence, sinon une faute, dont elle ne peut se plaindre d'avoir à supporter les conséquences ;

Attendu que la dame Gav..., n'ayant point en sa faveur l'équité, compte, pour faire admettre sa demande, sur le mutisme du législateur au sujet des nullités de mariage qu'on invoque contre elle ;

Attendu, en effet, que le Code civil n'a point expressément fait un cas de nullité du mariage du défaut de conformation sexuelle de l'un des époux ; mais que le sieur Gav... soutient que, lorsque les organes sexuels font défaut, comme dans l'espèce, l'individu doit être considéré comme n'appartenant pas au sexe qu'annonce sa conformation extérieure, et que dès lors l'union avec une personne ainsi constituée n'est pas un mariage ;

Attendu, en ce qui concerne la prétention de Gav..., que de tout temps, chez tous les peuples, dans la terminologie juridique, religieuse ou philosophique, on a désigné sous le nom de mariage, toujours exclusivement, la consécration de l'union entre un homme et une femme, union impliquant des relations sexuelles à avoir, et la procréation d'une famille dans des conditions déterminées par les lois, la religion et les mœurs ;

Attendu que si le mariage comporte, pour le bon fonctionnement de la vie conjugale, et si la loi prescrit la mise en commun de qualités morales et d'intérêts matériels, on n'a jamais considéré

cette mise en commun comme constituant un mariage, lorsqu'elle avait lieu en dehors de l'acte de rapprochement sexuel ; qu'aussi les lois n'ont jamais réglementé l'association que faisaient dans ces conditions un homme et une femme réunis par un sentiment de mutuelle estime, sans communauté d'intérêts, une pensée d'assistance réciproque ;

Attendu, à la vérité, que les lois n'ont pas refusé la consécration du mariage à l'union de deux personnes trop âgées pour créer une descendance ou même sur le point de quitter la vie ; mais que, si de pareilles unions ont été consacrées par respect des bienséances ou pour donner satisfaction à des sentiments d'affection invétérés et louables, par contre, la plupart des législations civiles et religieuses ont admis la nullité du mariage en cas de stérilité de la femme ou d'impuissance du mari, lorsque les époux sont jeunes et normalement constitués ;

Attendu que telle était la législation française avant la promulgation du Code civil ; que celui-ci sans doute n'a pas admis comme une cause de nullité de mariage la stérilité et l'impuissance ; qu'il l'a fait avec raison par suite de la difficulté d'arriver à la constatation des phénomènes dont les causes sont mystérieuses, relatives, souvent temporaires et guérissables ; mais qu'il ne s'ensuit pas qu'il n'ait pas entendu considérer le mariage comme une union sexuelle ayant pour but primordial et prépondérant la fondation d'une famille ;

Attendu que cette pensée s'accuse nettement dans l'art. 144, interdisant le mariage entre époux trop jeunes, et dans l'art. 203 C. civ., qui place en tête des obligations des époux celle de nourrir, entretenir et élever leurs enfants ;

Attendu, dès lors, que lorsque le Code a prévu l'union d'un homme et d'une femme, il a entendu parler de l'union de deux êtres humains appartenant par l'organisation tout entière, l'un au sexe masculin, l'autre au sexe féminin, et non de deux êtres différents quelconques ;

Attendu que ce qui caractérise le sexe, d'après tous les auteurs traitant de physiologie et de biologie, ce sont les organes faisant de l'un des êtres un mâle et de l'autre une femelle, et non point des apparences et une conformation extérieures qui ne sont que des accessoires les rattachant à un sexe plutôt qu'à un autre ;

Attendu que la dame Gav..., n'ayant, de l'avis des médecins, ni vagin, ni ovaires, ni matrice, est dénuée des organes constituant le sexe féminin, bien qu'elle possède des seins, la conformation du bassin et le clitoris qui sont l'apanage externe de ce sexe ; qu'en réalité, elle n'est pas une femme, mais une personnalité incomplète avec laquelle la loi n'a jamais pu vouloir imposer l'union à un homme qui, ignorant ce défaut d'organisme lorsqu'il a contracté mariage, ne peut être censé en avoir accepté les conséquences ;

Attendu qu'au point de vue de la morale et des mœurs, le légis-

lateur n'a jamais pu vouloir et prescrire le maintien d'une union dans laquelle il ne pourrait exister que des relations immorales ou même contre nature entre les époux ;

Attendu qu'il résulte de toutes les considérations qui viennent d'être exposées, que la nullité du mariage, pour les raisons indiquées par le sieur Gav..., est conforme au texte et à l'esprit du Code civil et à nos principes de morale ;

Par ces motifs : — Et en adoptant, en outre, les motifs non contraires des premiers juges ;

Dit que la nullité, invoquée par le sieur Gav..., est implicitement contenue dans le Code civil réglant les rapports de l'homme et de la femme dans leur union ;

Dit qu'on ne saurait considérer, comme appartenant au sexe féminin, la créature humaine n'ayant que la conformation extérieure et accessoire du sexe féminin, les organes constituant ce sexe faisant défaut ;

En conséquence, — Confirme.

Contre cette décision déclarant son mariage nul, Mme Gav... se pourvut devant la Cour de cassation, qui rendit, à la date du 6 avril 1903, l'arrêt suivant :

La Cour : — Attendu, en droit, que le mariage ne peut être légalement contracté qu'entre deux personnes appartenant l'une au sexe masculin et l'autre au sexe féminin ; qu'ainsi son existence est subordonnée à la double condition que le sexe de chacun des époux est reconnaissable et qu'il diffère de celui de l'autre conjoint;

Mais, attendu que, si ces deux conditions sont nécessaires, elles sont en même temps suffisantes, et que, lorsqu'elles sont réunies, le défaut, la faiblesse ou l'imperfection de certains organes caractéristiques du sexe sont sans influence possible sur la validité du mariage ; qu'il en peut résulter seulement un état d'impuissance naturelle ou accidentelle, et que le Code civil, à la différence de l'ancienne législation et dans le but de prévenir les incertitudes, les difficultés et les scandales de la preuve, n'a pas accordé pour cette cause l'action en nullité ;

Attendu, d'autre part, que la demande d'annulation du mariage ne pouvait pas davantage se fonder sur un prétendu vice du consentement, parce que, en cas pareil, l'erreur commise ne porte pas sur la personne de l'un des époux, mais seulement sur ses qualités physiques ;

Or, attendu que, bien loin d'établir que le sexe de la dame Gav... soit méconnaissable, ni qu'il soit identique à celui de son mari, l'arrêt attaqué, tout en déclarant qu'elle est dépourvue d'organes génitaux internes, constate expressément qu'elle présente toutes les apparences extérieures du sexe féminin ;

D'où il suit qu'en prononçant la nullité du mariage des époux Gav..., les juges du fond ont tiré des faits par eux constatés une

conséquence juridique que ces faits ne comportaient pas, et qu'ils ont violé les art. 144, 146 et 180, paragraphe 2 C. civ. ;

Casse et renvoie devant la Cour de Nancy.

Finalement, la Cour de Nancy, dans un arrêt du 16 octobre 1903, se rangeant à l'opinion de la Cour de cassation, consacra, — sans nouveau recours possible, — la validité du mariage des époux Gav...

La Cour : — Attendu, en droit, qu'une des conditions essentielles du mariage réside dans la différence de sexe des époux ; que son existence est donc surbordonnée à la double condition que le sexe des époux soit reconnaissable et qu'il diffère de celui de l'autre conjoint ;

Attendu, en fait, qu'il est constant que la dame Gav... appartient au sexe féminin ; que les experts déclarent, en effet, qu'il existe chez l'appelante « une conformation des parties externes nettement féminine, et qu'il ne saurait y avoir, au sens propre du mot, erreur sur le sexe ; qu'une autre constatation médicale, régulièrement versée au procès, fait connaître que les seins, le bassin, et certain organe particulier à la femme sont dans un état absolument normal ; que s'il est démontré, d'autre part, que la dame Gav... est dépourvue d'organes génitaux internes et qu'elle présente des déformations qui peuvent la rendre impropre à la génération, elle doit, dans cet état physiologique, être uniquement considérée comme une femme atteinte d'impuissance naturelle, produit d'une conformation vicieuse ; que cette impuissance ne peut entraîner la nullité du mariage, puisqu'elle n'est pas admise au nombre des causes d'annulation édictées par la législation actuellement en vigueur ; qu'il y a eu, en réalité, entre les époux Gav..., union d'un homme et d'une femme, et par conséquent, aux yeux de la loi, un mariage dont la validité doit être reconnue ; qu'il est en effet, établi par les documents du procès, que la différence de sexe des époux est certaine, et que, par conséquent, il n'y a pu avoir erreur de la part de l'époux sur la personne de l'épouse, mais seulement erreur sur ses qualités physiques ; qu'il échet, dans ces conditions, de réformer le jugement du Tribunal civil de Lille, et de déclarer l'intimé mal fondé dans sa demande ;

Par ces motifs : — Statuant sur le renvoi de la Cour de cassation;

Reçoit l'appel de la dame Gav... et y faisant droit ;

Réforme et met à néant le jugement du Tribunal de Lille, qui a prononcé la nullité du mariage des époux Gav... ;

Décharge l'appelante des condamnations contre elle prononcées ;

Statuant à nouveau, déclare Gav... mal fondé dans ses demandes, fins et conclusions et l'en déboute ; — Le condamne en tous les dépens.

Telles sont les pièces de l'affaire qui ont été livrées à la publicité. Au point de vue professionnel, il serait sans doute très utile aux lecteurs de l'*Echo médical du Nord* de pouvoir en rapprocher les

rapports médicaux sur le vu desquels la justice a statué : nous ne saurions les leur procurer. Au point de vue juridique, la solution qui a triomphé ne clôra certainement pas l'ère des controverses que la question est de nature à soulever. Mais, à tous points de vue, les arrêts qui précèdent resteront un « document », dont l'étude s'imposera dans toutes circonstances analogues à celles sur lesquelles était fondée l'action portée devant le tribunal de Lille.

Pour terminer, une simple réflexion. Est-ce que Lille aurait la spécialité de fournir des causes de ce genre ? Le Dr Brouardel, *op. cit.*, p. 23, recherchant les signes d'où l'on peut déduire des données plus ou moins exactes sur le sexe d'un individu, et mettant en garde contre les conclusions trop absolues que l'on voudrait tirer de l'existence de poils pubiens jusqu'au niveau de l'ombilic et même entre les seins, ajoute : « A Lille, il y a cinq ou six ans (en 1894 ou 1895), une telle disposition fit déposer par un mari une demande en divorce, sous le prétexte que sa femme, sur le sexe de laquelle aucun doute ne pouvait être élevé, « avait des poils comme un homme. »

Si nous ne trouvions cette affirmation sous la plume d'un grave professeur et dans un livre de médecine légale, nous croirions volontiers qu'elle a été tirée d'un journal « pour rire ». Nous avons peine à nous figurer un avoué de Lille acceptant le mandat de saisir le tribunal d'une action en divorce, pour laquelle le seul motif invoqué par le mari eût été que sa femme « sur le sexe de laquelle aucun doute ne pouvait être élevé », « avait des poils comme un homme ». Le divorce — à l'heure actuelle encore — ne peut être obtenu, en dehors des cas d'adultère et de condamnation criminelle, que pour « excès, sévices ou injures graves » (art. 231 C. civ.) ; or, avec la meilleure volonté du monde, fût-ce celle du « Bon juge » bien connu, il semble difficile d'admettre qu'une femme, par cela seul qu'il lui pousse des poils comme à son mari, se rende coupable, envers ce dernier, d'excès, sévices ou injures graves.

Mais, au fait, il ne faut jurer de rien : tout arrive en ce monde. Et

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.

J. Jacquey.

PÉDIATRIE

LA PARALYSIE DOULOUREUSE DES JEUNES ENFANTS EXISTE-T-ELLE ?

Par le Dr A. Halipré, médecin des Hôpitaux de Rouen.

Tous ceux qui s'occupent de médecine infantile ont eu l'occasion d'observer quelques cas de l'affection que Chassaignac désignait sous le nom de *paralysie douloureuse des jeunes enfants* ou de *torpeur douloureuse des enfants.* Depuis Chassaignac, la question a

fait l'objet de plusieurs travaux qui ont eu pour but d'élucider, en particulier, le mécanisme de cette paralysie douloureuse. Diverses théories ont été émises ; elles semblent tellement éloignées les unes des autres, qu'on est en droit de se demander si les observateurs se sont trouvés en présence de cas identiques, ou si l'on n'a pas compris sous la même désignation, des affections différentes. Il semble, en outre, que dans la circonstance, le terme de *paralysie* soit bien souvent appliqué à tort, et c'est sur ce point particulier que nous demandons la permission de présenter quelques remarques.

Nous avons soigné trois enfants présentant le tableau classique de la paralysie douloureuse. Voici en peu de mots leur observation:

Observation I. — Une enfant de seize mois joue avec des enfants plus âgés qui la bousculent. A un moment donné, elle cesse de jouer, se met à pleurer. On croit qu'elle est fatiguée, on la couche ; la nuit se passe sans incident. Le matin, au réveil, on constate que le bras droit pend inerte le long du corps avec un très léger degré de fluxion. Les mouvements sont douloureux. L'examen ne révèle aucun gonflement, aucune déformation. Toutefois, la palpation montre que l'articulation du coude est le siège de la douleur ; les mouvements de flexion et d'extension sont pénibles, mais beaucoup moins que ceux de pronation et de supination. La tête du radius présente ses rapports normaux avec le condyle. Soudain, au moment où nous exécutons ces mouvements, un craquement se produit dans l'articulation du coude sans qu'il soit possible de préciser exactement son siège. Instantanément, tout est terminé. L'enfant cesse de crier et se sert de son bras sans hésitation.

Observation II. — Nous sommes appelé près d'un bébé âgé de deux ans et demi. L'enfant est tombée dans la matinée. On l'a relevée, elle criait, et on a constaté que le bras droit pendait le long du corps. Nous examinons le bébé quelques heures plus tard. L'avant-bras est demi-fléchi. La pression sur la région du coude est douloureuse. Un mouvement de rotation et supination est effectué. A l'instant même, nous percevons un craquement sous le doigt placé dans la région correspondant à la tête du radius. Tout est fini, l'enfant se sert immédiatement de son bras.

Observation III. — Il s'agit d'un enfant de dix-huit mois. L'histoire est absolument superposable.

Chute de l'enfant, cris, impotence absolue du bras gauche. Nous voyons le bébé une heure après l'accident. Quelques mouvements de pronation et de supination sont effectués. On perçoit un craquement qui paraît s'être fait dans l'articulation radio-humérale, et tout rentre dans l'ordre.

Dans les trois cas, le diagnostic ne peut prêter à discussion. Tous présentent les éléments de la maladie de Chassaignac. Il s'agit d'enfants en bas-âge ; l'affection frappe le membre supérieur, ce qui est la règle ; l'apparition est subite. La guérison rapide se fait dans les conditions signalées dans certaines obser-

vations, sous l'influence de mouvements de pronation et de supination.

Nos trois cas présentent ce caractère particulier d'avoir guéri instantanément au moment même ou un craquement articulaire pouvait indiquer que quelque chose dans l'articulation reprenait sa position normale.

Plusieurs théories, avons-nous dit, ont été émises pour expliquer la paralysie.

Les unes font intervenir une *lésion nerveuse ; les autres* rattachent les accidents à des *lésions articulaires.*

La *théorie nerveuse* fut soutenue par Chassaignac qui incriminait une *commotion du plexus brachial.*

Il y a quelques années, un de nos confrères, le Dr Brunon, défendit également la théorie nerveuse, mettant en cause plusieurs facteurs : 1° le traumatisme local ; 2° une action inhibitrice expliquant la paralysie ; 3° enfin un acte intellectuel, le souvenir de la douleur initiale expliquant les cris du malade au moindre mouvement.

La théorie *chirurgicale* explique l'affection soit par le tiraillement des ligaments, soit par une subluxation de la tête du radius en avant ou en arrière, soit encore par un déplacement du ligament annulaire du radius avec enclavement de ce ligament entre la tête du radius et l'humérus. Cette dernière interprétation a été corroborée par l'expérimentation sur le cadavre. En tirant les mains fortement en bas, Streubel, Pingaud, Minerbi, Hutchinson ont reproduit ce déplacement que l'on réduit par la supination forcée.

D'autres explications ont encore été données et s'appliquent à des cas particuliers, tels, par exemple : l'*entorse scapulo-humérale*, la *subluxation du cartilage de l'articulation radio-cubitale inférieure.*

Ainsi les théories ne manquent pas, et l'on peut être fort perplexe pour choisir entre elles.

Le plus prudent sans doute est de rester éclectique et d'admettre que tous les cas ne sont pas justiciables d'une même interprétation.

Mais comme on ne peut se soustraire à l'impression des faits directement observés, nous reconnaîtrons volontiers que toutes nos préférences vont aux théories d'ordre chirurgical. Les trois cas que nous avons rapportés en sont assurément justiciables. Nous ajouterons que seule la théorie chirurgicale peut expliquer certaines particularités cliniques de la maladie.

Comment, en effet, si l'on veut admettre une lésion nerveuse, comprendre la guérison instantanée signalée dans un si grand nombre d'observations. Nous ne le voyons pas.

Dira-t-on que le retour de la guérison est une preuve défavorable à la théorie chirurgicale. Nous ne le pensons pas, car la gravité de la lésion articulaire peut expliquer la persistance de la douleur après la guérison chirurgicale, et par conséquent le retour plus ou moins lent des fonctions du membre.

Enfin, nous trouvons à la théorie chirurgicale un grand mérite, c'est d'être beaucoup moins compliquée. Elle se réduit à ceci :

Un enfant, à la suite d'un traumatisme, souffre de l'articulation lésée. Il refuse de se servir de son bras jusqu'à ce que la douleur ait cessé. Si la cause cesse, l'effet disparaît, et l'enfant se sert de son bras immédiatement.

C'est un exemple d'impotence fonctionnelle due à la douleur, et rien de plus. Quand un adulte est atteint d'entorse du pied, il immobilise sa jambe ; dit-on qu'il a une paralysie ? Non ; eh bien ! pour l'enfant, c'est la même chose. Et comme il y a intérêt à appeler les choses par leur nom, et que le nom de *paralysie* est capable de causer un bien inutile émoi dans les familles, nous préférons de beaucoup l'expression de *torpeur douloureuse*, qu'employait également Chassaignac, si toutefois l'on tient à maintenir au cadre nosologique une affection dont l'entité morbide n'est à nos yeux rien moins que prouvée.

Nous conclurons donc ainsi :

— L'affection désignée sous le nom de paralysie douloureuse des jeunes enfants n'est pas une paralysie, tout au moins dans l'immense majorité des cas.

On a groupé sous ce nom des observations absolument dissemblables.

La difficulté de l'examen, quand il s'agit de jeunes enfants, explique sans doute la confusion qui s'est produite.

— Si l'on tient à maintenir l'affection au cadre nosologique, l'appellation très vague de *torpeur douloureuse des enfants* serait préférable, parce qu'elle laisse imprécise la notion causale.

DIPHTERIE ET SERUM

Je n'aime guère le bruit et encore moins la tempête ; au risque, cependant, d'en déchaîner une des plus agitées, j'estime que la vérité scientifique doit passer avant toute autre considération, surtout lorsqu'il s'agit de la conservation de la santé, voire même de la vie, de ces petits bébés qui nous sont si chers.

Les élèves de Pasteur ont fait subir à la partie liquide du sang du cheval, certaines modifications, et il en est résulté un liquide nouveau auquel on a laissé son nom originel de *Sérum* en y ajoutant celui d'*Immunisé*, pour qualifier ce nouveau produit transformé. A-t-on prétendu donner naissance à un remède inconnu pour la guérison de la Diphtérie ? Assurément non. Ce sont des collaborateurs qui ont émis cette prétention d'avoir trouvé le spécifique contre cette redoutable maladie, et qui ont institué les premières expériences d'injections hypodermiques de ce sérum.

Dans le temps présent, après plusieurs années d'expérimentations répétées sur de nombreux enfants malades, et sur différents points du globe, je constate que les praticiens honnêtes et désin-

téressés sont encore fort loin d'être d'accord sur l'utilité de cette médication. Lisez les nombreuses publications qui ont été faites sur ce sujet, dans toutes les langues, et vous constaterez que le corps médical est partagé en deux camps. Pour les uns, *le sérum, il n'y a que ce remède* pour toutes les angines sans exception ; pour les autres, l'usage du sérum dans les angines, même les plus graves, est une abominable mystification ; enfin il faut bien noter les opinions indécises de ceux qui n'osent pas se prononcer d'une manière définitive et aussi celles de ceux qui demandent le sérum préventif, comme le vaccin de la petite vérole, et qui voudraient le voir obligatoire comme la vaccine ; je ne mentionne cette dernière et extravagante opionion que pour prouver qu'il existe des déséquilibrés dans toutes les professions.

En face d'une semblable anarchie, qu'y a-t-il à faire ? Il est urgent de tenter un effort pour en sortir, ou bien il faut absolument avoir l'honnêteté d'abandonner les injections du sérum dans la diphtérie.

Depuis 56 ans que je vis au lit des malades, soit dans les hôpitaux, soit dans les villes et même dans les villages, voici le résumé de mes observations personnelles :

Les angines, envisagées au point de vue de leur curabilité, sont divisables en deux catégories. La première renferme toutes celles que les médecins peuvent guérir par des moyens thérapeutiques connus et toujours à leur disposition. Dans la seconde catégorie se rangent les angines et diphtéries réellement au-dessus des ressources de l'art ; leur guérison s'obtiendra plus tard peut-être et grâce à de nouvelles découvertes. J'ai constaté, à Saint-Cloud d'Algérie, en 1865, lors d'une terrible épidémie qui n'épargna qu'un très petit nombre d'enfants, la co-existence de plusieurs variétés d'angines. Or, je n'ai pas eu de mortalité d'enfants atteints d'angines de la première catégorie tandis que tous les enfants atteints de croups laryngés et bronchiques sont morts malgré tous mes efforts et l'emploi de médications aussi variées qu'énergiques.

Depuis cette époque, j'ai observé encore quelques épidémies partielles et, chaque année, quelques cas de croup laryngé ou bronchique. Je dois à la vérité de déclarer que les résultats ont toujours été les mêmes, sauf un cas de croup bronchique qui a guéri, alors que je l'avais condamné, par l'emploi de l'anti-croup du docteur Hermel, remède populaire dans le Midi de la France et dont je ne connais pas la composition ; c'est un secret de famille qui n'a jamais été divulgué (1). Cependant, lors de l'introduction du sérum de Pasteur dans la thérapeutique de ces maladies, j'ai cru devoir céder à l'espèce d'emballement qui a gagné tout le corps médical. Hélas ! après avoir pratiqué des injections, même dès le début, dans le cas de la deuxième catégorie, je me suis aperçu que rien n'était modifié et que les croups mouraient plus rapidement.

(1) Ce cas de guérison a toujours été, pour moi, inexplicable ; il se peut qu'il y ait eu, de ma part, erreur de diagnostic.

J'en étais arrivé à cette désolante constatation que lorsque les enfants injectés mouraient, je restais indécis sur la cause de la mort qui pouvait être aussi bien attribuée aux remèdes qu'à la maladie elle-même.

Maintenant, je suis complètement édifié sur la valeur réelle du Sérum, même immunisé et ma ligne de conduite est invariablement toujours la même : tant qu'il n'y aura pas de médication nouvelle ayant été expérimentée avec une succès indubitable, j'enverrai les enfants atteints chez des confrères qui ont encore confiance dans les injections de Sérum.

Voilà donc finalement la situation et je sais pertinemment que bon nombre de mes confrères, tant en France et plus encore à l'Etranger, partagent mon opinion et désirent vivement sortir de cette anarchie. Chez nous, dominés que nous sommes par la maladie de la politique, il semble à beaucoup de médecins que l'usage du Sérum soit quasi-officiel. Et alors ? Eh bien, le médecin qui ne l'emploie pas, craint la réprimande ou les tribunaux. N'est-ce pas déplorable ?

Il n'y a qu'un moyen de sortir de la difficulté, c'est d'ouvrir une enquête générale et de recueillir les opinions de tous les praticiens de France, en ne les obligeant pas à signer leurs déclarations. On verra ensuite le résultat ; c'est d'autant plus important que le Sérum est loin d'être un agent inoffensif ; il a causé la mort de nombre d'enfants qui n'avaient été injectés que préventivement et il a hâté celle des autres.

Dr Louis Gaucher.

THÉRAPEUTIQUE

EMPLOI DU RADIUM CONTRE LE CANCER

MM. Spozzi et Zimmern ont étudié les effets du radium sur des cas de cancer inopérable. Voici quelques résultats :

Chez la première malade nous n'avons pas noté de modifications appréciables. La seconde est une malade que nous présentions en 1899 à la Société de Chirurgie, peu de temps après lui avoir pratiqué la réfection autoplastique du nez pour épithélioma de la face.

La récidive s'étant produite, la malade est venue nous demander, il y a quelques mois, de la traiter à nouveau. Elle présentait à ce moment un volumineux cratère occupant toute la région inférieure et interne de l'orbite, mais sans participation du globe oculaire.

Nous l'avons soumise à des séances de radiumthérapie dont M. Curie voulut bien prendre la direction.

Les premières séances furent faites au moyen d'un tube contenant 0 gr. 04 de radium pur. Le tube fut d'abord appliqué en un point de la lésion voisine des tissus fins. Après trois séances de

huit minutes chacune, on put constater un aspect grenu, velvétique de la zone impressionnée et comme une tendance à la réparation. Cette zone, auparavant très douloureuse à la pression, au frôlement, était devenue insensible.

Un accident survenu au tube nous empêcha de poursuivre l'essai commencé, mais, quelques jours plus tard, M. Curie mit à notre disposition un tube contenant 0 gr. 07 de radium et, sur ses indications, nous instituâmes des séances plus longues (quarante-cinq minutes environ).

Le bourgeonnement de réparation ne s'est pas montré dans cette seconde série d'applications : au contraire, la destruction a paru se faire plus rapidement, les douleurs spontanées se sont montrées plus vives, affectant le caractère de névrite comme si l'envahissement avait intéressé les filets nerveux jusqu'alors intacts et l'état général, bon jusque-là, a paru décliner.

L'apparition de ces phénomènes nous engagea à suspendre le traitement. Depuis lors l'état général de la malade s'est amélioré, les douleurs se sont calmées et le néoplasme paraît s'être arrêté pour le moment dans sa marche extensive.

Il semble donc que les premières séances, séances courtes, aient produit un effet plutôt favorable, tandis que les séances longues paraissent avoir précipité la marche en avant de l'ulcus.

Nous avons tenu à rapporter cette observation uniquement dans le but d'attirer l'attention sur la question du dosage qui présente incontestablement, en radiumthérapie, une importance aussi considérable qu'en radiothérapie.

Si le radium, ainsi que le font supposer les expériences de Danycz qui, on le sait, a montré que chez les jeunes sujets les épithéliums sont beaucoup plus sensibles à son action que chez les adultes, possède une action véritablement élective sur les cellules de néoformation, et se trouve ainsi appelé à faire bénéficier les cancéreux de son bienfaisant rayonnement, il importe d'être fixé sur les limites de cette action. C'est ce que nous espérons pouvoir établir d'une manière plus précise dans des recherches ultérieures.

LES MALADIES DE LA PEAU CHEZ L'ENFANT

(Aloïs Monti.)

Les enfants prurigineux sont souvent atteints de troubles de la nutrition, on devra donc veiller avec soin sur l'alimentation de ces enfants. Afin d'éviter des phénomènes d'auto-intoxication, on restreindra surtout l'usage excessif de la viande et des œufs, on ne donnera toujours qu'une alimentation mixte. Les médicaments recommandés de différents côtés, comme l'arséniate de fer, l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, n'ont qu'une influence indirecte en relevant la nutrition, et en combattant l'anémie.

Les médicaments à employer extérieurement sont très nombreux.

Dans les cas légers, tant que la peau est souple et onctueuse, on emploie des bains de son, des bains d'écorce de chêne et, contre les démangeaisons, la pommade suivante : acétate de plomb, 1 gramme ; lanoline, 50 grammes ; ou des badigeonnages au thiol. Dans les cas où la peau est déjà épaissie, on recommande des bains de soufre ou additionnés de sel marin et de sel de salines.

Lorsqu'il existe un eczéma intense, on emploie la pommade suivante :

Epicarine	5	grammes.
Lanoline	90	—
Huile ol	10	—

F. S. A. une pommade.

Dans la trichophytie superficielle des régions cutanées, dépourvues de poils, dans l'herpès tondant vésiculeux, on commence le traitement par un lavage des parties malades avec une solution alcoolique de savon ; dans les cas légers, on se borne à l'emploi de saupoudrage avec l'acide salicylique ou l'acide borique. Lorsque la rougeur est plus forte, on fait des applications d'acétate d'alumine. Les formations croûteuses sont badigeonnées avec de la teinture d'iode, lavées avec une solution de sublimé faible. Tout récemment, on a prescrit, avec un résultat favorable, la pommade suivante à l'épicarine :

Epicarine	5	grammes.
Savon vert	50	—
Oxyde de zinc	3	—

F. S. A. un onguent

Dans le traitement de la gale, on se guide sur l'état de la peau et d'après la nature des phénomènes secondaires observés. Les méthodes de traitement de la gale en usage chez l'adulte ne peuvent intervenir que chez les enfants déjà grands, alors que la peau délicate et les phénomènes particuliers de la gale chez les nourrissons et les jeunes enfants exigent le choix de méthodes excluant les effets accessoires des médicaments employés. Dans ces derniers temps, l'auteur a souvent employé avec un bon résultat l'épicarine avec la formule suivante :

Epicarine	5	grammes.
Lanoline	100	—

F. S. A. un onguent.

Dans tous les cas de gale pustuleuse intense compliquée d'eczéma, les bains de sublimé à raison de 0 gr. 5 par bain se sont montrés des plus efficaces.

DEUX CAS DE LUPUS TRAITES PAR LA PHOTOTHERAPIE DIRECTE APRES BADIGEONNAGES AVEC UNE SOLUTION D'EOSINE.

M. le Professeur Gailleton a présenté à la Société de médecine de Lyon (juin 1904) deux cas de lupus traités dans son service

par lui et un de ses assistants au moyen de la photothérapie directe après badigeonnages avec une solution d'éosine.

Le premier cas présenté est celui d'une malade, âgée de 45 ans, un peu tousseuse, qui avait été opérée en juillet 1903 d'une tumeur qui aurait débuté à l'angle gauche du maxillaire inférieur, aurait envahi ensuite les régions parotidienne et massétérine et aurait mis quatre ans à se développer. Au fur et à mesure de son développement, la joue correspondante s'était hypertrophiée même dans ses régions restées indemnes.

Le chirurgien extirpa avec la tumeur de nombreux ganglions.

L'opérée fut revue par lui le 7 novembre 1903, et l'on inscrivit sur son observation : « Malade guérie, joue enflammée par pommades irritantes. »

La malade entra le 14 mars 1904 à la clinique de M. le Professeur Gailleton pour un lupus de la joue gauche. Sa lésion, d'après elle, aurait débuté peu de temps après la cicatrisation de la plaie opératoire, mais très nettement au-dessus d'elle. On note en effet que la cicatrice opératoire située au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur est blanche et très souple, tandis qu'au-dessous d'elle la joue est tout entière le siège d'une infiltration profonde dont le centre a un aspect cicatriciel un peu blanchâtre et dont la périphérie plus érythémateuse est semée de tubercules jaunâtres. Ces tubercules jaunâtres prédominent surtout au niveau de la pommette.

On soumet la lésion à des badigeonnages avec une solution à 1/30 d'éosine dans de l'alcool au tiers. Puis, après badigeonnage, on l'expose à la lumière directe de l'arc voltaïque de l'appareil Lortet-Genoud sans interposition de lentille et à distance d'environ 15 centimètres du foyer.

Les dix premières séances durèrent un quart d'heure ; les cinquante autres une demi-heure. Elles étaient faites à peu près quotidiennement.

Pendant l'intervalle des séances photothérapiques, la joue restait colorée à l'éosine et la malade pouvait s'exposer à la lumière du jour.

Le 20 juin, le traitement fut suspendu. Le lupus paraissait complètement guéri. La joue restait bien hypertrophiée dans son ensemble, mais la peau était mince, pigmentée et sans infiltration, excepté, peut-être, au centre de la lésion où la cicatrice restait plus épaisse et blanchâtre. Çà et là, dans les points où il y avait eu des tubercules, on notait de la dépression et de la dépigmentation cicatricielles.

En résumé, la guérison paraissait presque parfaite, lorsque le 27 juin, après une interruption de traitement d'une semaine, on s'aperçut de la récidive de trois petits tubercules rougeâtres au centre de la cicatrice. C'est dans cet état que la *malade fut présentée à la Société de médecine.*

Le second cas est celui d'un malade âgé de 40 ans, dont le lupus, vraiment hideux, débuta à l'âge de 8 ans, sur la joue droite et arriva à infiltrer et à mutiler le nez, les paupières, les lèvres, le front, les joues, l'oreille droite et le vertex. La face, bridée, tiraillée et tourmentée, était occupée par un placard érythémateux, très profondément infiltré, très irritable et semé çà et là d'ulcérations recouvertes de croûtes jaunâtres. Depuis un an, le cou et le devant de la poitrine étaient recouverts d'un semis abondant de tubercules jaunâtres disséminés et séparés par des intervalles de peau saine.

Le 9 mars 1904, on commença à traiter le malade par la photothérapie directe après badigeonnage des lésions avec une solution d'éosine au 1/30 dans de l'alcool faible. Il subit 39 séances de une demi-heure, réparties sur une durée de trois mois.

Sous l'influence de ce traitement, les tubercules disséminés du cou se sont flétris et ont en partie disparu. La rougeur, la sensibilité et l'infiltration de la face ont très notablement diminué. Ce malade, certes, est très loin d'être guéri, et son affection doit même être considérée comme incurable ; mais la marche menaçante et envahissante de son lupus a nettement rétrocédé sous l'influence du traitement et son état local s'est notablement amélioré.

FORMULES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Le Benzoate de soude contre la cystite.

Benzoate de soude	10
Sp. de térébenthine	390
ou de Tolu	390

1. cuill. = 0,50.

Electuaire de soufre contre la constipation.

Soufre sublimé et lavé	30 gr.
Bitartrate de potasse	15 gr.
Miel blanc	90 gr.

Mêlez.

Une cuillerée à café, une ou deux fois le jour, pour faire cesser la constipation habituelle.

Contre les gerçures du sein (PINARD).

Acide borique	6 gr.
Eau distillée	200 gr.

Faites dissoudre.

On peut, dans certains cas, employer la solution saturée à 4 p. 100 sans inconvénient. — Dès que les crevasses commencent à apparaître avec sensibilité au moment de la tétée, on applique, sur le mamelon, une compresse pliée en quatre, et imbibée de la solution ci-dessus. Puis sur la compresse on place un morceau de taffetas gommé.

Traitement de la chlorose compliquée de phlébite.

(CARRIÈRE).

Pour traiter la phlébite chez un enfant ainsi atteint, pour prévenir le départ des embolies, l'auteur condamna son malade au repos et immobilisa le membre malade dans une gouttière, après l'avoir enveloppé d'ouate. Cette immobilisation fut prolongée pendant trente jours. Il exerça ensuite une légère compression.

Pour activer si possible la résolution, il appliqua sur le trajet de la veine enflammée le liniment suivant :

Huile de jusquiame ou baume tranquille	10 gr.
Chloroforme	10 —
Laudanum de Rousseau	10 —

Contre la chlorose, il utilisa l'immobilisation au lit et institua une alimentation aussi riche que possible et au goût de l'enfant, sans régime fixe.

En outre, il eut soin d'administrer du fer suivant une formule qui lui est propre et qui donne de très bons résultats :

Protoxalate de fer.......	0 gr. 15
Carbonate de manganèse	0 — 25
Poudre de gentiane......	0 — 25
— de rhubarbe.....	0 — 20

F. s. a.

En un cachet, deux fois par jour avant les repas.

Pour favoriser l'absorption du fer, l'enfant prenait après chaque repas une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Acide chlorhydrique officinal	3 gr.
Eau distillée..............	300 gr.

Traitement des oxyures par la naphtaline.

Minerbi traite les oxyures au moyen de lavements de naphtaline. Onze enfants qui ont été soumis à ce traitement ont été guéris en moins de huit jours. Voici la formule :

R. Naphtaline	1 gr. à 1 gr. 50
Huile d'olive.....	40 à 60 gr.

M. S. A. Pour un lavement.

Chez l'adulte on donne un lavement avec :

R. Naphtaline......... ...	5 à 6 gr.
Huile d'olive...........	50 à 80 —

M. pour un lavement.

Liniment pour tarir la sécrétion lactée

(Garnier).

Essence de menthe poivrée	6 gr.
Huile de ricin..........	110 gr.
Essence de bergamote	6 gr.
Camphre	2 gr. 50

F. s. a. un liniment, avec lequel on oindra les mamelles, dont on désire tarir la sécrétion.

Pommade contre la galactorrhée.

Chlorhydrate d'ammoniaque	4 gr.
Extrait de ciguë...........	4 gr.
Camphre	1 gr.
Axonge	30 gr.

On fait des onctions sur la glande mammaire, et on l'enveloppe d'une épaisse couche de ouate, que l'on maintient à l'aide d'un bandage légèrement compressif. S'il existe des signes bien accusés d'inflammation, on applique des cataplasmes de farine de lin et tête de pavot, arrosés avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque (10 à 20 grammes pour 100 grammes d'eau), et c'est seulement quand les symptômes inflammatoires sont calmés, qu'on a recours à la pommade.

Contre les fissures du mamelon

(Unna).

Chlorydrate de cocaïne	0,50 à 1 gr.
Eau distillée..............	100 gr.

Faites dissoudre.

Dans l'intervalle des tétées, on fait, toutes les dix minutes, des lotions avec cette solution, sur le mamelon emflammé et qui est le siège de fissures. — En deux ou trois jours, les crevasses sont complètement guéries, et les douleurs ont disparu. L'allaitement n'est point interompu.

Formulaire du méthylal.

Le méthylal est un hypnotique puissant, anesthésique, antitétanique, anticonvulsif ; soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, etc. Antidote de la strychnine ; employé avec succès dans le traitement du *delidium tremens*.

0 gr. 50 à 1 gramme en potion.

Liniment analgésique :

Méthylal	15 gr.
Huile d'amandes douces..	85 gr.

Mixture odontalgique :

Méthylal	2 gr.
Teinture de coca..........	8 gr.

En injections hypodermiques chez l'adulte : 20 centigrammes par injection. L'injection peut être renouvelée toutes les deux heures (Krafft-Ebing).

Méthylal....................	1 gr.
Eau stérilisée......	q. s. p. 10 c.c.

Très douloureuse, elle ne doit être pratiquée que dans les cas pressants, le *delirium tremens*, par exemple, où elle paraît d'une efficacité supérieure à celle qu'aurait une injection de morphine.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Le cucurbita pepo comme tænifuge. — Romer a attiré l'attention sur le *remède populaire contre le tænia — le cucurbita pepo.* La dose pour un adulte est de 60 à 70 grammes. Mélanger à 30 à 70 gr. de cacao dégraissé avec un peu de *sucre*, de sirop simple et de l'eau, pour faire une pâte que l'on divise en 15 à 20 gâteaux. Après l'abstinence habituelle et une prise d'huile, le malade prend toutes les 10 minutes un petit gâteau ; la moitié suffit aux enfants. Le succès est constant. Le Dr R. l'a déjà employé dans 100 cas. Le malade n'éprouve aucune sensation désagréable. Les grains doivent être débarrassés de leur enveloppe.

La stovaïne comme anesthésique. — Pouchet et Chevallier ont fait l'étude pharmacodynamique complète de ce nouveau corps.

La dose toxique est de 0,18 à 0.20 par kilogramme de cobaye, en injection péritonéale ; chez le chien, par voie intra-veineuse, elle est de 0,10. L'intoxication se traduit soit par analgésie totale sans paralysie, abaissement de la température. Généralement les animaux guérissent. Dans une autre forme, il se produit au contraire, de l'agitation avec hyperesthésie, convulsions, tremblement. Les convulsions augmentent et la mort peut survenir avec des accidents tétaniformes.

Chez le chien, l'injection intraveineuse de 20 centigrammes donne des convulsions avec paralysie du train postérieur, difficulté de la marche, gêne respiratoire. Si on continue à injecter la même dose, il survient des accidents épilepti formes assez violents, des contractures avec grands accidents tétaniformes, avec hyperthermie à 40° ou 41°. Il paraît admissible que ces accidents sont dus à une action médullaire primitive à laquelle s'ajoute ensuite une action bulbaire, puis cérébrale.

On avait prétendu que la stovaïne était vaso-dilatatrice. Or, les auteurs ont observé qu'au début de l'injection la pression baisse de 6 à 8 centimètres cubes, mais elle remonte ensuite rapidement à la normale. Il y a plus, la stovaïne semble avoir une action toni-cardiaque marquée, les pulsations augmentent de nombre et d'intensité.

Appliquée directement sur un nerf sensitif, la stovaïne détermine une suspension d'action du nerf et par suite une analgésie complète.

Une solution à 20 0/0 détruit instantanément les microbes contenus dans une solution aqueuse ; si la stovaïne est seulement au millième, il faut une action de vingt-quatre heures pour tuer les microbes de fermentation vulgaire. Sur les divers microbes pathogènes, l'action est variable et nécessite un assez long contact.

C'est donc un analgésique local, en tous points comparable à la cocaïne, antithermique, tonique du cœur et antiseptique. C'est certainement un médicament de grand avenir.

MM. Huchard et Mougeot ont essayé l'emploi de la stovaïne dans les névralgies variées. En injection sous-cutanée à distance, l'effet a été nul dans ces cas ; si on fait l'injection au moyen d'une longue aiguille le long d'un nerf, par exemple intercostal, on obtient un effet analgésique excellent. L'injection de stovaïne doit donc être interstitielle et faite *loco dolenti*.

L'injection épidurale a donné un résultat excellent dans trois cas de sciatique où même l'injection épidurale de cocaïne n'avait rien produit. La dose de deux centigrammes injectés deux ou trois fois n'a déterminé aucun incident et a amené, au contraire, une sédation complète.

L'administration par la bouche semble donner de bons résultats. Les auteurs continuent leurs recherches. (*Académie de Médecine.*)

La Cimicifuga racemosa est un altérant diaphorétique et nervin qui s'emploie dans le rhumatisme, les spasmes, les maux de tête et l'hypocondrie.

On l'emploie aussi comme succédané de la digitale.

D'après Knox, il diminue d'au moins moitié la durée de la première et de la seconde période de l'accouchement.

Il a un effet sédatif sur la femme

en travail, calme l'irritabilité réflexe, la nausée, le prurit et l'insomnie, troubles si fréquents durant les six dernières semaines de la grossesse, et même les fait disparaître tout à fait. Il exerce une action antispasmodique sur la femme en couches. Il diminue ou fait cesser complètement les crampes névralgiques et les douleurs irrégulières de la première période. Il relâche la fibre musculaire de l'utérus et les parties molles du canal par où doit passer le fœtus. Il facilite ainsi le travail et diminue les chances de lacération. Il augmente l'énergie et le rythme des douleurs à la seconde période du travail, et, de même que l'ergot, il assure la contraction utérine, après la délivrance.

A. Robin l'a employé sous forme de teinture avec succès contre les bourdonnements d'oreilles.

Hewelke, de Varsovie, a obtenu dans sept cas de polyarthrite rhumatismale aiguë des résultats fort encourageants par l'emploi de la teinture de *Cimicifuga racemosa*, qui est d'un usage fréquent en Amérique dans le rhumatisme, l'épilepsie, la chorée de Sydenham et la dysménorrhée.

Hewelke faisait prendre à ses malades, toutes les deux heures. 4 gouttes de cette teinture, soit 48 à 50 gouttes dans les vingt-quatre heures.

Doses : Teinture à 1/4, de 15 à 60 gouttes. — Extrait fluide, de 10 à 30 gouttes. — Sirop, 75 centigr. d'extrait fluide dans du sirop de salsepareille, pendant 4 semaines avant l'accouchement. — Cimicifugin, de 5 à 20 centigrammes en pilules.

La Siroline contre la bronchite. — Préparation renfermant les principes actifs du goudron de houille, principalement le gaïacol.

Contrairement aux autres préparations à base de gaïacol, la siroline serait bien supportée et facilement assimilée par l'organisme ; elle exciterait l'appétit, apaiserait la toux, diminuerait l'expectoration et ferait disparaître les sueurs nocturnes.

Elle est prescrite dans les affections des voies respiratoires : coqueluche, asthme, etc.

S'emploie à la dose de une à trois cuillerées à thé par jour, dans l'eau, le lait ou le vin. (Bocquillon, *Médicaments nouveaux.*)

NOTES DE PRATIQUE

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine (Boulay). — Cette méthode consiste à injecter du sérum artificiel dans la région recto-rectale.

Cette opération est des plus simples, et d'une innocuité absolue. On la pratique avec une seringue de Roux, le malade étant en position génu-pectorale. On pique l'aiguille sur la pointe du coccyx ; un doigt introduit dans le rectum guide cette aiguille de façon à ce qu'elle ne perfore pas l'intestin, chose aisément évitable en dirigeant l'instrument vers la concavité du sacrum. L'injection doit être poussée lentement et le liquide à injecter ne doit pas dépasser 100 grammes pour la première séance. L'injection est renouvelée le lendemain et répétée deux, quatre ou dix jours après, si l'incontinence reparaît.

Les résultats de cette méthode nouvelle ont été très encourageants. Ils ne l'ont pas seulement été dans l'incontinence urinaire, mais ils l'ont été encore dans divers troubles semblant être sous la dépendance d'un défaut de fonctionnement du grand sympathique pelvien. Ainsi dans le cas de *sciatique rebelle, de cystite rebelle* avec *fréquentes envies d'uriner*, de névralgie de la queue de cheval, les succès ont couronné ces essais.

C'est en s'appuyant sur les notions anatomiques et physiologiques touchant l'innervation de la vessie que M. Jaboulay a été conduit à faire jouer au plexus hypogastrique un rôle considérable dans les phénomènes observés, ce plexus étant, en quelque sorte, le cerveau des viscères pelviens et ayant, comme tel, le droit d'avoir ses troubles et ses maladies.

Le régime hydrique et hyperchloruré dans les néphrites. — De deux cas de néphrite dans lesquels il a étudié l'action du régime hydrique et hypochloruré, M. J. Laufer tire les conclusions suivantes :

1° Dans la formation des œdèmes, il faut tenir compte, non seulement de la quantité de sel, mais aussi de la quantité de liquide ingéré, au moins dans certains cas ;

2° L'élévation de la pression sanguine, qui peut être transitoire et de courte durée, a toujours précédé la formation et suivi la résorption de l'œdème, et a permis d'en prévoir l'apparition comme la disparition ;

3° Dans ces conditions, la pression serait le facteur déterminant de la formation œdémateuse. L'organisme passerait par les étapes suivantes : rétention et accumulation du sel ou des liquides dans la circulation, augmentation de la masse et de la pression sanguine, transsudation à travers les capillaires. (*Société de Biologie*, février 1904).

Traitement de la tuberculose par les inspirations profondes, (Javeine). — Les règles fondamentales de ce traitement ont été ainsi formulées par le Dr Tchoudnovski : 1° le tuberculeux doit être nourri malgré l'affaiblissement de son appétit, malgré l'anorexie complète, malgré même son aversion des aliments, il doit être suralimenté ; 2° le tuberculeux doit respirer un air pur ; 3° le tuberculeux doit fortifier ses muscles respiratoires par des promenades, des travaux légers à l'air libre et *principalement en faisant des inspirations profondes suivies d'expirations aussi profondes* ; 4° le tuberculeux doit avoir des soins de propreté de sa peau, de sa bouche, du linge, etc. De ces recommandations la troisième est la moins suivie. Rarement on attire l'attention du malade sur l'importance de l'exercice respiratoire par les inspirations profondes.

L'auteur a étudié sur 11 tuberculeux l'influence *du traitement méthodique par les inspirations profondes suivies des expirations profondes* sur la capacité respiratoire et sur la marche de la lésion locale du poumon.

Il commence par un petit nombre de profondes inspirations : 10 inspirations matin et soir. Ensuite le nombre est graduellement augmenté ; le maximum était de 120 par 24 heures. Les malades faisaient ordinairement de 5 à 10 inspirations profondes et se reposaient et ainsi de suite. On répétait les séances 2 à 3 fois par jour. Malgré certaines conditions de milieu défavorables pour la réussite de l'expérience et malgré sa courte durée : 3 jours en moyenne, l'auteur a obtenu dans un tiers des cas une amélioration notable tant de l'état général que de l'état local. Malheureusement, le nombre de malades soumis au traitement est encore trop restreint ; néanmoins les résultats obtenus permettent à l'auteur de conclure que *dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, les inspirations profondes suivies d'expirations profondes doivent être appliquées plus fréquemment*.

Médication phosphorique. — Une récente communication de M. Cautru à l'Académie de médecine a montré que l'acide phosphorique pouvait être administré à hautes doses sans aucun inconvénient. C'est à Joulie que l'on doit l'introduction courante de ce médicament dans la thérapeutique. Dans les *affections arthritiques, dyspeptiques, nerveuses*, surtout dans la *phosphaturie* et la *neurasthénie*, on tirera le meilleur parti de doses journalières d'acide phosphorique de 1 à 3 grammes chez l'adulte et moitié chez l'enfant. Cette administration peut se faire avec l'acide phosphorique officinal, ajouté à la boisson, à raison de 15 gouttes environ par verre, mais il est certainement plus avantageux d'utiliser la *liqueur pepto-phosphorique* préparée par *Adrian* suivant la méthode de Joulie. Cette liqueur, qui contient par cuillerée à café 25 centigrammes d'acide phosphorique anhydre, peut être ajoutée à la boisson ordinaire ou à de l'eau. La dose courante est de 4 à 6 cuillerées à café par jour.

MACON, IMP. X. PERROUX.

GYNÉCOLOGIE

L'EXPLORATION DU RECTUM CHEZ LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES

Par le Dr G. C. de la Bernardière, membre correspondant de l'*American Association of Obstetricians and Gynecologists.*

L'exploration du rectum chez les femmes et les jeunes filles, n'étant pas une nouveauté pour la pratique de la gynécologie, je me bornerai, dans le petit travail ci-après, à faire remarquer l'utilité de cette exploration trop peu pratiquée et la manière de la pratiquer.

Avant d'expliquer la manière de pratiquer cette petite exploration, je veux dire ou expliquer quelques-unes des raisons pour laquelle elle est peu pratiquée, et une des premières est la pudeur exagérée de quelques femmes, qui se laisseront explorer assez facilement le vagin, et lorsqu'on voudra compléter cette exploration par l'exploration du rectum, exploration qui est si utile, surtout chez les jeunes filles, n'admettront pas, surtout sans beaucoup de paroles, que l'on puisse pénétrer dans cette partie de leur personne, par l'introduction du doigt dans l'anus, exploration qui, selon le bon sens général, devrait moins blesser leur pudeur que l'introduction de la main ou même de quelques doigts dans le vagin organe de la copulation ; aussi, je ne saurais trop conseiller aux médecins appelés à donner des conseils aux femmes, sur leurs maladies, d'insister de toutes façons pour que l'exploration du rectum leur soit permise et pour cela de ne pas craindre de faire comprendre que l'introduction d'un doigt et même d'une sonde rectale, n'a rien qui puisse choquer leur pudeur, et que si elles se laissent explorer le vagin, à plus forte raison le rectum doit être exploré quand cela ne serait que pour connaître le degré de constipation que peut avoir la femme à qui l'on donne ses conseils.

Maintenant, quelle est la manière de pratiquer cette exploration ? C'est ce que dans les quelques lignes qui suivent, je vais essayer d'expliquer, mais avant je dois insister sur la connaissance exacte de l'anus de la femme que l'on veut explorer, car toutes les femmes n'ont pas l'anus fait exactement de la même façon, les unes l'ont étroit, la peau repliée sur elle-même et par là bouchant l'ouverture externe ; d'autres, au contraire, ont l'anus bien formé, sans peau qui le recouvre extérieurement et par là, facile à ouvrir et dans ce dernier cas, l'exploration est beaucoup plus facile que dans le premier et je conseille beaucoup de ne jamais pratiquer l'exploration du rectum sans connaître la forme exacte de l'anus de la femme que l'on doit explorer, sans cela l'on peut blesser inutilement l'anus et par là, échouer dans l'exploration du rectum; car beaucoup de femmes dont on a blessé la pudeur par l'introduction maladroite du doigt dans l'anus ne veulent plus entendre parler d'exploration rectale et se refusent aux explorations de ce genre.

Maintenant, quelle est la manière de pratiquer cette exploration? C'est ce que je vais faire connaître en quelques lignes.

Une des premières choses contrairement à ce que beaucoup de praticiens disent, est de ne pas vider ou faire vider l'intestin avant qu'une première exploration soit pratiquée, car si l'intestin est vidé avant l'exploration, l'on n'a pas le temps de connaître le degré de constipation ou la quantité et la dureté des matières contenues dans l'intestin.

Cette petite exploration peut être pratiquée de deux manières, la femme ou la jeune fille étant couchée au travers d'un lit, les jambes écartées et les cuisses légèrement pliées et appuyées sur le ventre pour mettre les muscles du bassin dans le relâchement et pour faciliter la vue des parties externes du ventre; puis après avoir enduit de vaseline boriquée l'indicateur de la main droite, on l'introduit en ayant soin de le courber légèrement pour faciliter son introduction et on le fait pénétrer par petites secousses sans appuyer ou du moins en appuyant le moins possible contre les parois anales.

Le doigt étant parvenu dans l'intestin, l'on appuie légèrement dessus et l'on examine si l'intestin contient des matières et si elles sont dures ou molles, ainsi que leur quantité : il faudra aussi éviter de prendre pour une tumeur, le col de l'utérus qui appuie normalement sur la cloison recto-vaginale.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que si l'intestin était rempli de matières durcies, il serait utile de faire prendre à la femme que l'on veut explorer, un lavement d'un ou deux litres d'eau tiède avant de continuer l'exploration.

L'exploration rectale peut aussi être pratiquée, la femme ou la jeune fille étant debout et sous les vêtements, seulement à la condition que la forme de l'anus soit bien connue de l'explorateur avant de pratiquer cette petite exploration.

Tel est dans ces quelques lignes le manuel opératoire d'une petite exploration trop peu pratiquée et qui pourtant donne toujours d'excellents résultats dans la pratique gynécologique.

LES IMPERFORATIONS DE L'HYMEN (1)

C'est encore de chirurgie sinon urgente, au moins pressée, qu'il va être question avec notre troisième malade, atteinte de rétention menstruelle par imperforation des voies génitales ; et si le diagnostic de cette lésion est le plus souvent établi d'après la répétition des douleurs abdominales à périodes menstruelles à peu près régulières chez une fille non encore réglée, mais en âge de l'être, notre malade actuelle, nous a démontré que, dans certains cas tout au moins, les symptômes de la première crise peuvent tout de suite orienter du bon côté l'esprit du clinicien.

(1) Conférence clinique de M. A. Broca, reproduite par le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

De quels troubles se plaignit, tout au début, la fille de quatorze ans et demi qui vint, le 13 janvier, à notre consultation ? De douleurs assez vagues, il y a six semaines, dans la partie inférieure de l'abdomen et, en même temps, de difficulté pour uriner : retenez ce dernier symptôme, qui fut de même initial et dominant chez les deux autres malades de ce genre que j'ai déjà observées. C'est lui qui s'exagéra brusquement dans la nuit du 8 au 9 janvier, quand survint probablement le deuxième molimen menstruel ; à partir de ce moment, la rétention d'urine fut complète, obligea à sonder régulièrement la jeune fille.

En même temps, le ventre se ballonna, de façon modérée d'ailleurs, et pas assez pour mettre obstacle à une palpation précise et nous fit percevoir une sensation tout à fait importante. Au-dessus du pubis, en effet, les doigts sentaient, le dépassant à peine, une tumeur assez régulière, arrondie en forme de dôme, surmontée à gauche d'un petit bouton lisse et dur, gros comme un abricot, quelque chose comme la tête d'une brioche reposant sur la base renflée.

Aussitôt, je vous annonçais qu'il s'agissait d'une imperforation inférieure des voies génitales, vulve ou vagin, avec hématocolpos, c'est-à-dire avec accumulation du sang dans la partie conservée du vagin, entre la cloison oblitérante en bas et l'utérus normal, car, dans ces cas, le sang n'a pas coutume de distendre l'utérus, et moins encore les trompes, mais bien le vagin seul ; il n'y a donc ni hématométrie ni surtout hématosalpinx, mais seulement un hématocolpos qu'on sent bomber dans le rectum et au-dessus duquel, à mesure que la poche grossit, l'utérus remonte de plus en plus haut dans l'abdomen. Quelquefois, quand la cloison vaginale est très haut située, le corps de l'utérus se laisse distendre à son tour ; quant au reflux dans les trompes, il n'est pas démontré. Dans un cas où la poche vaginale était assez volumineuse pour que le petit corps utérin fût sous le foie, et où le maintien d'un vagin béant ayant été impossible, je fus obligé, après plusieurs tentatives, de recourir à la castration ovarienne, je constatai que les trompes étaient absolument normales.

Donc, le siège et la forme de la tumeur, le mode de début, l'âge de la malade devaient nous inciter à explorer tout de suite la vulve; et là, vous avez vu une cloison complète, bombant entre les lèvres où nous avons senti la fluctuation entre le doigt appliqué sur elle et l'autre main déprimant la paroi abdominale au-dessus du pubis. Cela était si net, si superficiel, que je jugeai inutile de chercher la tumeur par le toucher rectal, exploration à laquelle vous devez toujours recourir en principe et qui est indispensable dans les cas douteux.

Le siège de la collection liquide étant ainsi déterminé par l'exploration clinique, la nature du liquide, chez une fille de quatorze ans, ne prête pas à discussion, et vous comprenez comment le sang

accumulé, se trouvant en assez grande tension pendant les premiers jours des règles, la dysurie et plus tard la rétention d'urine se produisaient par compression de l'urètre, trouble exclusivement mécanique auquel met fin tout de suite l'évacuation de la poche.

Je crois inutile de vous expliquer longuement à quoi est destinée la lésion abandonnée à elle-même sauf si la cloison est assez mince pour se rompre un jour spontanément, comme je l'ai observé une fois. A chaque période menstruelle, les douleurs s'aggravent, la tumeur grossit et les conséquences seraient déplorables si le chirurgien n'intervenait pas à temps : ce qui n'a pour ainsi dire jamais lieu, car le diagnostic ne saurait être longtemps douteux.

Mais le diagnostic assez grossier d'hématocolpos doit être précisé anatomiquement. En quel point du canal vaginal, sur quel organe porte le cloisonnement ? Vous avez besoin de le savoir pour porter le diagnostic et instituer le traitement.

Une première variété d'occlusion génitale est représentée par l'adhérence des petites lèvres. Souvent, une mère nous apporte sa fille parce qu'elle a vu, en faisant sa toilette, que « sa petite nature est fermée. » Nous apercevons alors entre les petites lèvres une étroite bande grise, large de 1 ou 2 millimètres, translucide, comme si derrière elle était une cavité : et en effet, en écartant les grandes lèvres avec les pouces, nous rompons cette mince lamelle épidermique, derrière laquelle apparaît un hymen normal. Est-ce ici le cas ? Certes non, puisque, en avant de la membrane, existent les petites lèvres normales. D'ailleurs, si parfois cette occlusion, prolongée très en avant, peut gêner la miction, jamais je ne l'ai vue persister jusqu'à l'époque de la menstruation ; et si elle persistait, la poussée de sang aurait vite fait de rompre une lame aussi mince. En fait rien d'analogue n'est signalé dans les mémoires que j'ai lus sur ce sujet.

Les autres occlusions possibles ici sont celles de l'hymen et du vagin, et je me garderai bien d'entrer dans l'étude embryologique du sujet. Entre ces deux formes, le diagnostic est en principe aisé, car si la malformation porte sur le vagin, en avant de la cloison on voit un hymen souvent malformé, mais toujours reconnaissable; or, ici, il n'y en a pas trace et j'ai conclu à l'imperforation de l'hymen.

Diagnostic important à préciser en ce sens que, quelques millimètres de vagin en plus ou en moins ne changeant pas l'aspect clinique de l'hématocolpos, du siège sur le vagin peut résulter une différence dans le pronostic. Car les cloisons hyménéales minces sont faciles à guérir et si parfois les vaginales sont pareilles, ne le promettez pas à l'avance ; parfois elles sont assez épaisses, se rétractent après avoir été incisées, ne laissant qu'un canal insuffisant pour le passage des règles ; et c'est dans ces conditions qu'une fois, après plusieurs récidives, j'ai dû me résoudre à enlever les ovaires.

Rien de semblable n'est à craindre dans notre cas actuel ; après

incision médiane sur toute la longueur de la vulve, un bon demi-litre de sang noir et visqueux est sorti et j'ai trouvé un vagin normal. J'ai suturé, pour me mettre à l'abri d'une sténose ultérieure, la muqueuse vaginale à la muqueuse vulvaire sur chacune des branches de section, et le succès opératoire est aujourd'hui assuré ; car, si autrefois l'inoculation septique rendait grave l'incision franche de ces vastes collections sanguines, les discussions sur ce point sont devenues aujourd'hui oiseuses.

La récidive me paraît plus qu'improbable, mais je fais des réserves sur la souplesse ultérieure de ce diaphragme hyménéal, car nous savons que parfois des brides vaginales congénitales, sans occlusion complète, ont pu être la cause d'une dystocie à propos de laquelle on les a reconnues.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

Par le Dr Albert Martin.

J'ai opéré, il y a un mois, une femme de mon service d'hôpital qui avait une fistule vésico-vaginale ayant largement les dimensions d'une pièce de deux francs.

Cette solution de continuité était le résultat d'un accouchement laborieux qui avait duré 52 heures Pendant tout ce temps, la tête fœtale non engagée dans un bassin rétréci avait comprimé contre le pubis le bas-fond de la vessie. Il en était résulté une large escarre dont la chute, quelques jours après l'accouchement, laissa la perforation vésicale dont je viens de parler.

En somme, au point de vue étiologique, c'est la cause classique, banale des fistules vésico-vaginales. Je suis convaincu que si j'avais fait une symphyséotomie, j'aurais évité pareil accident et probablement sauvé le fœtus. J'ai eu tort pour cette fois de ne pas recourir à une intervention que je préconise toujours et qui, déjà, dans une douzaine de cas, m'a donné d'excellents résultats.

Mais là n'est pas le côté de la question sur lequel je désire appeler l'attention de mes collègues. On a dernièrement, au Congrès de gynécologie de Rouen, présenté plusieurs procédés opératoires de fistule vésico-vaginale ; je ne vous en apporte certes pas un nouveau. Je veux seulement insister sur ce point, c'est qu'avant tout, pour la guérison de ces fistules, il faut pratiquer un très large avivement. Sans doute la suture n'est pas négligeable, mais elle ne donnerait qu'un mauvais résultat, aussi bien faite fût-elle, si elle n'était précédée d'un décollement très étendu des pourtours de la fistule. C'est ce que j'ai fait chez ma malade, et voici en quelques mots ma technique :

1° Décollement de la vessie d'avec l'utérus, aussi haut que possible, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, mais sans ouvrir, bien entendu, le péritoine. La vessie ainsi dégagée se laisse plus facilement attirer vers la vulve ;

2° Dédoublement de la paroi antérieure du vagin au pourtour

de la fistule et sur une zone d'au moins 1 centimètre à 1 c. 1/2 circonscrivant l'orifice fistulaire ;

3° Suture de la muqueuse vésicale par un surjet de catgut;

4° Suture de la paroi du vagin par-dessus la suture muco-muqueuse à l'aide de deux ou trois crins de Florence.

Cette dernière suture ne demande pas de nombreux points. Il n'est pas nécessaire, comme le disait mon ami Pauchet (d'Amiens), qu'elle soit complète et amène l'occlusion parfaite de la plaie. Elle n'a qu'à ramener les tissus vaginaux par-dessus la muqueuse vésicale pour doubler en quelque sorte celle-ci. Entre les deux plans ainsi formés, il est important qu'il n'y ait pas stagnation de sang ou de sérosité ; or, on évite précisément cet accident en ne fermant pas tout à fait la muqueuse vésicale. Peu importe qu'il n'y ait là qu'une réunion secondaire, s'il y a réunion primitive de la muqueuse de la vessie.

C'est ce qui s'est passé chez notre malade qui a guéri complètement après une seule intervention et qui, quinze jours après l'opération, a pu se lever et reprendre sa vie habituelle.

Malgré les recommandations de certains auteurs, j'ai eu recours encore cette fois à la sonde à demeure, et je n'ai conseillé ni le décubitus latéral, ni le décubitus ventral. Ma malade est demeurée sur le dos pendant huit jours et ne s'en est pas plainte.

PÉDIATRIE

OCCLUSION ET INVAGINATION INTESTINALES MORTELLES, DUES AUX ASCARIDES

Par M. Antonin POROT, interne des Hôpitaux de Lyon.

Grâce à une heureuse réaction contre un sot préjugé populaire, grâce aussi à des améliorations hygiéniques efficaces, le chapitre des affections vermineuses se réduit aujourd'hui dans les traités classiques à une biologie banale du parasite et à la réfutation d'anciennes croyances pathologiques. A peine signale-t-on quelques accidents imputables aux vers, pour la plupart peu sérieux et d'ordre réflexe.

Beaucoup plus exceptionnelles sont les manifestations directes, abdominales, capables d'entraîner la mort, et beaucoup d'auteurs les nient ou bien n'en parlent pas.

C'est pour cette raison que le Dr Audry nous a engagé à rapporter ici, comme fait rare et intéressant, l'histoire d'un petit malade de son service qui succomba après avoir présenté des accidents d'occlusion intestinale ; à l'autopsie on trouva des pelotons d'ascarides ayant obturé l'intestin et déterminé une invagination..

Résumé. — Cliniquement : *Occlusion intestinale incomplète avec météorisme, crises douloureuses, péristaltisme, sans réaction péritonéale. Mort au 13e jour avec signes de bronchopneumonie.*

Anatomiquement : *Ascarides nombreux* (26) *faisant des pelotons dans l'intestin grêle. Invagination à 40 cent. du duodénum. Bronchopneumonie pseudolobaire.*

Le 13 janvier 1904, l'enfant G... Joseph, âgé de 2 ans 1/2, habitant à Saint-Pierre-la-Palud, *tombe assez brusquement malade* ; il est pris, au dire des parents, de crises douloureuses abdominales aiguës, se portant la main sur le ventre comme en proie à de vives coliques ; ces accès se répètent plusieurs fois par jour, l'enfant est constipé ; pourtant il ne vomit pas.

On l'amène à l'hôpital le sixième jour (19 janvier).

Au moment de l'entrée, on constate d'abord un état fébrile assez marqué avec facies rouge, température à 39° ; le ventre est un peu météorisé, mais sa paroi reste souple ; on ne trouve pas de douleur au point appendiculaire ; on ne sent aucune tumeur ; il y a de la sonorité généralisée ; pas de taches rosées.

Il y a de la dyspnée et un peu de submatité à la base droite.

Le pouls est régulier et non accéléré.

Le facies est celui d'un fébricitant et n'a rien de franchement abdominal.

Le soir de l'entrée, l'enfant prend deux *crises douloureuses abdominales violentes* ; il crie et se tord, montrant son ventre comme en proie à des coliques. Dans l'intervalle, il se plaint de temps en temps et promène la main sur son abdomen.

36 heures après l'entrée, l'état général ne s'est pas modifié, la température se maintient au-dessus de 39°.

Le *météorisme abdominal* a beaucoup augmenté : le ventre est très volumineux et tendu, les anses se dessinent sous la paroi, *péristaltisme*. La *constipation* n'a pas cédé à plusieurs lavements ; le toucher rectal n'a révélé rien de spécial ; il y a un peu de gonflement des veines de l'anus.

L'enfant n'a pas rendu de sang par en bas, mais il n'y a toujours *pas de symptômes de réaction péritonéale* : le pouls est bon ; l'enfant n'a pas vomi. On a toujours de la matité avec obscurité à la base droite.

On donne coup sur coup deux lavements glycérinés qui restent sans résultat. On procède alors à un grand lavage à la sonde et au curage digital : on ramène un demi-verre environ de matières pâteuses, décolorées, très fétides. On donne ensuite 15 grammes d'huile de ricin que l'enfant garde, mais sans résultat.

Trois jours après l'entrée, l'état général s'aggrave ; il y a du battement des ailes du nez, une vive dyspnée, des symptômes de bronchopneumonie.

L'abdomen reste toujours très météorisé avec distension des

anses et péristaltisme; on sent à la palpation quelques masses un peu molles qui s'effacent à la pression.

Le pouls est un peu plus rapide (140).

Le malade est montré pour la deuxième fois au Dr Nové-Josserand, qui écarte toute idée d'intervention en raison des symptômes pulmonaires graves apparus, en raison aussi de ce fait qu'il n'y a pas de symptômes péritonéaux (l'enfant, en effet, n'a pas vomi une seule fois depuis l'entrée ; il n'y a pas de hoquet).

Les jours suivants, le tableau devient surtout pulmonaire, la température monte, la dyspnée augmente ; on a des signes nets de bronchopneumonie pseudolobaire à l'auscultation.

L'abdomen reste toujours distendu, mais sans vomissement. A la suite d'un lavement, l'enfant rend *un ascaride* (5 jours après l'entrée).

Enfin la mort survient, 7 jours après l'entrée, soit 13 jours après le début des accidents ; l'enfant meurt en pleine bronchopneumonie, gardant toujours son météorisme, mais sans vomissement.

Autopsie. — *Aux poumons* : lésions étendues de bronchopneumonie du type pseudolobaire, que nous ne détaillerons pas.

Abdomen : Pas de liquide dans le péritoine, pas d'exsudats ; les anses sont libres et à peine congestionnées par places. Dilatation extrême du côlon transverse et de l'estomac ; les anses grêles sont affaisées ; rien dans leur intervalle, rien qui les comprime. Avant toute éviscération, on explore soigneusement l'intestin en le déroulant sur place. On ne sent rien d'anormal sur le gros intestin. L'appendice est sain. Mais en déroulant l'intestin grêle, on sent au travers des parois des paquets disposés de loin en loin, donnant une sensation très spéciale de pelotons de ficelle qui, parfois, distendent fortement le calibre intestinal ; la simple sensation de contact permet déjà d'affirmer qu'il s'agit de *vers intestinaux*.

Enfin, presque au début de l'intestin grêle, on tombe sur une *invagination* nette qui ne cède pas à une première traction ; juste au-dessous d'elle, on sent encore un peloton de vers intestinaux.

Après éviscération, on se rend compte que l'invagination siège à 40 centimètres du pylore ; elle finit par céder à une traction un peu forte ; le manchon intérieur, qui appartient à la portion supérieure de l'intestin, mesure environ 4 à 5 centimètres. Pas d'adhérences ; pas de réaction du péritoine à ce niveau.

Après incision, on trouve sur la muqueuse, au niveau de l'invagination, deux larges ecchymoses, peu profondes cependant.

Juste au-dessous, on trouve un premier peloton de trois gros vers intestinaux dont la présence est nettement en rapport avec l'invagination.

En poursuivant l'exploration de la cavité intestinale, on retrouve toute une série d'ascarides, quelquefois isolés, le plus souvent groupés par pelotons de deux ou trois. Au total on en compte 26

mesurant de 10 à 20 centimètres de longueur. Tous sont inertes. Il n'y en a pas dans le gros intestin.

Pas de lésions de la muqueuse intestinale.

Rien à signaler du côté des autres organes.

En somme, il s'est agi dans ce cas d'une occlusion intestinale par les vers intestinaux avec complications bronchopneumoniques ayant déterminé la mort. La constipation, le météorisme, le péristaltisme intestinal, les crises douloureuses ne laissent aucun doute sur l'*occlusion* ; mais l'absence de toute réaction péritonéale, de vomissements, le passage de quelques matières après de grands lavements, montraient qu'il s'agissait d'une *occlusion incomplète*; il manquait les signes violents, la tumeur abdominale et surtout le sang dans les matières qui font faire le diagnostic d'invagination aiguë chez l'enfant. Peut-être une purgation énergique et spécifique dès le début eût-elle pu assurer la vie de notre petit malade. Mais rien ici ne nous orientait dans ce sens ; les parents nous affirmaient n'avoir jamais rien remarqué dans les selles de leur enfant ; à ce point de vue et contre cette occlusion, la purgation énergique pouvait devenir dangereuse. Aussi bien devant l'abstentionnisme chirurgical, nous sommes-nous contenté des lavements. Ce n'est que quelques jours après l'entrée, qu'un ascaride parut dans les selles et permit de faire un diagnostic étiologique, trop tardif alors, car la bronchopneumonie était en pleine évolution.

Quant à l'invagination rencontrée sur le jéjunum, nous n'avons pas la prétention de lui rapporter tous les symptômes abdominaux présentés par notre petit malade. Pourtant nous pensons qu'il ne s'agissait pas simplement d'une de ces invaginations cadavériques rencontrées parfois à l'amphithéâtre et produites *post mortem*, la lésion de la muqueuse, la résistance assez grande que l'invagination a opposée à nos efforts de traction prouvaient qu'elle avait dû se produire quelques jours avant la mort ; à ce titre, nous pensons que si les pelotons vermineux ont représenté le principal obstacle, l'invagination est venue apporter aussi sa part d'occlusion.

⁂

Les cas de ce genre, avons-nous dit, sont très rares. Pourtant nous avons pu en relever quelques-uns qui montrent que les ascarides ont pu, dans certains cas, donner des syndromes abdominaux graves.

Au point de vue symptomatique, voici comment on peut classer les faits observés :

a) Dans plusieurs cas, on a eu affaire à de véritables *occlusions intestinales*, tout comme dans notre observation. Nous ne voulons

pas tous les citer. Un travail de Simon, de Nancy, en 1891 (1), réunit 6 cas, dont 2 chez des adultes. Dans son livre, Decroizilles (2) parle aussi d'une observation d'Archambault, relative à « plusieurs jeunes sujets de l'Amérique du Sud qui, en arrivant en France, furent pris de troubles digestifs se rapprochant de ceux d'un étranglement interne. Des vermifuges énergiquement administrés firent rendre à ces malades de nombreux ascarides et tous furent sauvés ». Un ou deux cas plus récents sont cités dans la récente édition du Traité de d'Espine et Picot. Cliniquement, c'est presque toujours — contrairement à notre malade — le tableau de l'invagination et Simon insiste sur cette analogie ; même début brusque, mêmes crises douloureuses abdominales, mêmes selles sanguinolentes et parfois aussi même sensation de tumeur rénitente. Il faut ajouter un correctif à l'opinion de Simon, et savoir qu'à côté de ces cas, il y en a où, comme dans le nôtre, on n'a qu'un syndrome d'occlusion incomplète, sans selles sanguinolentes.

Du reste, comme nous venons de le voir, il peut y avoir association des deux manifestations et l'invagination peut très bien être due aux ascarides dont on sait l'influence péristaltique. Owen (3) admet parfaitement ce mécanisme comme cause d'invagination : « L'invagination peut être la conséquence d'un péristaltisme exagéré, consécutif à la diarrhée ou à la présence de vers intestinaux » (4).

b) C'est l'*appendicite* que les ascarides ont plusieurs fois simulée ou provoquée. Barkley (5) a opéré une tumeur vermineuse simulant l'appendicite. Santillana (6) a publié tout récemment un cas d'appendicite vermineuse.

c) Les *perforations intestinales*, dues aux ascarides, ont été plusieurs fois observées. Arrault (7), dans sa thèse, en a rassemblé 14 observations, dont une récente de Variot. C'est alors le tableau clinique de la grande péritonite que l'on observe, à moins que le parasite n'arrive à s'enkyster et à s'échapper au dehors par une fistule naturelle, comme le fait a été plusieurs fois rapporté.

d) Enfin, s'il faut en croire Chauffard (8), il existerait parfois, en même temps que des symptômes abdominaux, un état général

(1) Simon. — *Revue médicale de l'Est*, 1892, p. 225.

(2) Decroizilles. — *Traité élément. de pathol. et chirur. infant.*, t. I. p. 236.

(3) Owen. — (*Traité de chirur. infantile*, 1891.)

(4) Le Dr Molin nous a dit avoir opéré *in extremis*, à la Charité, un enfant porteur d'une invagination. Dans les selles, rendues aussitôt après l'intervention, on trouva un ascaride (*communication orale*).

(5) Barkley, cité par d'Espine et Picot. — *Arch. of Pediatr.*, avril 1898.

(6) Santillana. — *Bull. des Sc. méd. de Tunis*, mai 1903.

(7) Arrault. — Th. Paris, 1896.

(8) Chauffard. — *Semaine médicale*, 1895, p. 505.

pouvant en imposer pour une fièvre typhoïde. C'est ce qu'il appelle la *lombricose à forme typhoïde*, ce que d'autres ont appelé une *typho-lombricose*. Une observation de ce genre a été rapportée dans la région stéphanoise, par Layral (1). Tauchon (2) en a apporté 2 cas nouveaux dans sa thèse et peu après P. Marie (3) discutait encore ce diagnostic pour un de ses malades.

Sous quelque forme que se présente la lombricose abdominale grave, elle reste toujours d'un diagnostic difficile. Le rejet d'un ver est un élément précieux, mais qui souvent fait défaut ou bien, comme dans notre cas, est trop tardif. Le fait de sentir par la palpation quelques masses mobiles et s'effaçant sous la pression, comme nous l'avons observé, est d'une interprétation délicate : nous avions pensé à des matières. Au cas où il y a tumeur unique et résistante, on ne peut se détacher de l'idée d'invagination, surtout s'il y en a d'autres symptômes (crises violentes, débuts brusques, selles sanglantes).

En tous cas, lorsque des complications pulmonaires graves ne la contre-indiquent pas, comme pour notre petit malade, une laparotomie, même inspirée par une erreur de diagnostic, sera toute au bénéfice du malade : elle permet de rectifier un diagnostic et peut aussi inspirer une ligne de conduite ingénieuse et efficace. Rocheblave (4), dans un cas de cette nature, se trouvant en présence d'un peloton d'ascarides qui obstruait le côlon transverse, obtint, par le massage de l'intestin, la désagrégation de la tumeur vermineuse et sauva son malade. Heynenreich fit délibérément au malade de Simon un anus contre nature qui, après avoir servi à l'évacuation successive d'un grand nombre d'ascarides, fut très bien restauré.

LA FRACTURE DU COUDE CHEZ L'ENFANT ET SON TRAITEMENT

Leçon de M. le professeur Kirmisson.

Parmi toutes les lésions traumatiques qui peuvent atteindre l'enfance, bien certainement les fractures du coude sont des plus importantes par leur fréquence, leur gravité, et aussi, il faut le dire, par les difficultés considérables de diagnostic qu'elles présentent parfois.

Des trois parties osseuses qui entrent dans la constitution de l'articulation, c'est l'extrémité inférieure de l'humérus le plus fréquemment atteinte. En effet, les fractures de l'olécrâne sont rares chez l'enfant ; de même celles de l'extrémité supérieure du radius.

(1) Tauchon. — Th. Paris, 1896-97.
(2) P. Marie. — *Journal des praticiens*, 6 nov. 1897.
3) Rocheblave. — *Gazette des hôpitaux*, juin 1898.
(4) Communicatisn faite à la *Société de médecine légale*, séance de juillet 1904.

On a cherché à se rendre compte de la fréquence des fractures du coude chez l'enfant et on a mis en avant l'hypothèse d'un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus. Mais depuis longtemps Schmitz, de Dublin, avait démontré l'inexactitude de cette conception et établi qu'en réalité l'épiphyse ne représentait nullement le segment osseux limité par le trait de la fracture supra-condylienne, que c'était beaucoup plus bas que siégeait l'épiphyse ; de telle sorte qu'il faut distinguer deux lésions possibles : la fracture, siégeant au-dessus des tubérosités et de la trochlée, et le véritable décollement épiphysaire, sous-condylien ; Holmès admet la distinction de ces deux variétés de traumatismes. Farabeuf, en 1886, a confirmé les idées de Schmitz, en montrant que, chez les nouveau-nés seulement, l'extrémité inférieure tout entière répond au cartilage épiphysaire, la diaphyse se terminant au-dessus de la région du condyle ; mais déjà, dès la deuxième année, on voit apparaître au niveau du condyle huméral de Chaussier un point d'ossification et la diaphyse augmenter d'étendue transversalement et verticalement, la partie interne prédominant sur l'externe. Toutefois, sur cette planche du mémoire de Farabeuf, vous voyez une coupe de l'humérus appartenant à un enfant de 4 ans, et sur laquelle l'épiphyse est *presque entièrement* cartilagineuse ; donc jusqu'à cet âge, il peut y avoir de véritables décollements épiphysaires. Mais ceux-ci n'existent plus à partir de la douzième année. Du reste, quelle que soit l'opinion que l'on professe à cet égard, le fait certain est que la fracture supra-condylienne siège en plein tissu osseux et ne peut pas être considérée comme un décollement épiphysaire.

Elle présente deux variétés : la fracture oblique du condyle huméral de Chaussier et la fracture supra-condylienne. Il y a divergence sur leur importance réciproque. La première, pour Kocher, Mouchet et Kirmisson, est la plus fréquente.

Lorsque nous examinons les fractures obliques du condyle huméral, nous voyons qu'elles siègent à la partie externe et ont une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, de façon à englober une certaine partie de la trochlée. Le déplacement en pareil cas est le suivant : le fragment externe tend à se porter en haut et en dehors ; il en résulte un élargissement du coude dans le sens transversal, un gonflement plus ou moins considérable, une ecchymose plus ou moins diffuse et, dans un certain nombre de cas, lorsque le gonflement est encore peu marqué et permet de saisir les fragments, on peut constater la mobilité anormale et la crépitation.

Il peut se produire des déplacements beaucoup plus complexes, ainsi que l'a montré Kocher, qui a minutieusement étudié cette question. C'est ainsi que l'un des fragments subit un mouvement de rotation autour d'un axe transversal de façon que la surface cartilagineuse est tournée en avant. Fait plus curieux encore, il

y a dans certains cas un véritable renversement du fragment dont la face articulaire est portée en haut, ce qui rend la réduction particulièrement difficile et peut amener une difformité persistante. Telle est l'origine du *cubitus valgus*. Dans une deuxième variété, la solution de continuité, au lieu d'être oblique sur le condyle externe, est au contraire plus ou moins transversale au-dessus des deux tubérosités : c'est la fracture supra-condylienne, faussement dite par les anciens chirurgiens décollement épiphysaire.

Le déplacement est presque toujours le suivant : le fragment supérieur fait saillie en avant et en bas, tandis que l'inférieur avec les os de l'avant-bras est porté en arrière et en haut. Il est assez fréquent de voir le fragment supérieur se porter en avant et en dedans. Il y a une tension de la peau avec ecchymose au niveau du pli du coude, et parfois la peau est traversée par le fragment. Le trait de fracture offre généralement une direction oblique. Le plus souvent, le déplacement est considérable. C'est la fracture que Kocher, d'après ses expériences, décrit sous le nom de fracture par hyperextension. C'est en somme la forme la plus habituelle, c'est à peine si je me rappelle avoir vu dans deux cas un déplacement en sens opposé.

Ce fait a une importance considérable, car sa méconnaissance est cause d'une erreur malheureusement trop commune, qui consiste à prendre cette fracture pour une luxation ; on tire sur le membre, on place une écharpe, et trois semaines plus tard, le malade présente un cal difforme.

Cependant, la constance des caractères de cette luxation permet de la reconnaître :

A l'état normal et dans l'extension, l'épitrochlée, l'olécrâne et l'épicondyle sont sur une même ligne horizontale, tandis que dans la luxation du coude, l'olécrâne est remonté et figure avec les deux tubérosités un triangle plus ou moins haut. Mais chez les jeunes enfants les luxations du coude sont exceptionnelles : dans la majorité des traumatismes, c'est à la fracture telle que je l'ai indiquée que vous aurez affaire.

Dans une autre variété de fracture, le déplacement est absolument inverse : le fragment inférieur se porte en avant et le supérieur en arrière. C'est ce que Kocher appelle la fracture par flexion, mais elle est d'une extrême rareté.

Il y a bien aussi des fractures de la trochlée correspondant à celles du condyle, caractérisées par la douleur et par la gêne des mouvements, quelquefois par de la crépitation ; cette variété est encore plus rare que la précédente (18 à 20 p. 100). Dans ces fractures de la trochlée, le petit fragment est attiré en bas et en dedans par le ligament latéral interne et dans ces cas, ainsi que dans les fractures condyliennes, on peut voir des consolidations vicieuses amenant un certain degré du *cubitus valgus*.

Le danger commun à ces diverses fractures est la possibilité

d'une consolidation vicieuse, et si on ne peut pas toujours obtenir une réduction parfaite, cela tient à la disposition des fragments et non à la maladresse de l'opérateur. Toutefois, dans la majorité des cas, on peut arriver à un résultat satisfaisant, et éviter des cals vicieux qui entraînent deux conséquences : une difformité et, d'autre part, une limitation des mouvements de la jointure ; la difformité a peu d'importance, car on peut avoir un raccourcissement du membre de 4 à 6 centimètres, sans grande gêne fonctionnelle ; cependant il est intéressant de savoir reconnaître cette déformation : elle consiste en une saillie plus ou moins marquée de la partie antérieure de l'articulation, en un épaississement du coude dans le sens antéropostérieur, en un élargissement dans le sens transversal, mais surtout dans la déviation de l'axe de l'avant-bras par rapport à celui du bras. Il s'agit de ce qu'on a décrit sous les noms de *cubitus varus* et *cubitus valgus*.

On sait qu'à l'état normal l'axe de l'avant-bras n'est pas en continuité directe avec celui du bras : il existe un certain degré de cubitus valgus physiologique ; Pascher, de Bâle, a démontré que cette déviation est plus prononcée chez la femme que chez l'homme; elle mesure généralement un angle de 170°.

A la suite des fractures du coude, vicieusement consolidées, ce qu'on voit le plus souvent, c'est le *cubitus varus*, c'est-à-dire que l'avant-bras, au lieu d'être légèrement dévié en dehors, de manière à former avec le bras un angle à sommet interne, constitue au contraire un angle dont le sommet est tourné au dehors. Supposons qu'il s'agit d'une fracture supra-condylienne ou bien encore d'une fracture du condyle huméral de Chaussier, qu'elle se soit vicieusement consolidée, on peut observer les faits suivants : si cette fracture s'est consolidée de telle façon qu'il y a eu un relèvement de toute la partie interne de l'interligne articulaire, le cubitus et le radius se porteront du côté interne. C'est ce qu'on observe le plus souvent. Cette déformation n'a pas en réalité une très grande importance, car le plus souvent elle n'entraîne pas un désordre appréciable dans la fonction et jamais, pour ma part, je n'ai eu occasion d'intervenir pour un cas de cette nature. L'altération des fonctions du membre, qui doit être surtout prise en considération pour intervenir, tient dans un certain nombre de cas à une arthrite concomitante, avec épanchement séreux et production de brides fibreuses limitant l'étendue des mouvements.

Mais il y a en outre les saillies anormales des fragments. Lorsqu'il s'agit d'une fracture supra-condylienne, presque toujours le fragment supérieur pointe en avant, représentant une sorte de « butoir » sur lequel vient heurter l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras dans les mouvements de flexion, comme chez notre petite malade.

C'est une fillette âgée de 8 ans, qui a fait une chute sur le bras droit, tombant d'une hauteur de 3 mètres. Elle s'est fait une frac-

ture de l'extrémité inférieure de l'humérus, supra-condylienne, avec projection du fragment supérieur en avant et du fragment inférieur en haut et en arrière ; malheureusement en même temps s'est faite aussi une plaie qui est devenue le point de départ d'une lymphangite. C'est seulement le quinzième jour qu'on a pu pratiquer la réduction et l'immobilisation dans un appareil plâtré pendant un mois. On a constaté en levant l'appareil une saillie formée en avant par l'extrémité du fragment supérieur et en même temps l'existence d'une parésie des doigts.

Les nerfs du membre supérieur peuvent en effet être compromis, le médian et le radial, dans les fractures siégeant au côté interne et antérieur de l'articulation, et quelquefois le nerf cubital dans les fractures siégeant à la partie interne. On conçoit que les fragments déterminent des compressions fâcheuses.

Cette enfant a été traitée par les frictions alcooliques et l'électrisation. Elle peut aujourd'hui se servir de son membre, quoique la déformation persiste.

Elle consiste en une saillie à la partie antérieure, limitant mécaniquement les mouvements de flexion, alors que ceux d'extension, de pronation et de supination s'effectuent complètement. Il y a en même temps un degré très marqué de *cubitus varus*, formant un angle de 140° à sommet tourné en dehors.

On peut se demander s'il faut intervenir. Ce n'est que sur le désir formel des parents que je me décidai à faire une opération. Celle-ci consistait à abraser entièrement les parties saillantes.

Etant donné les complications de cal vicieux et d'impotence fonctionnelle auxquelles elles exposent, ces fractures du coude sont donc très importantes à reconnaître. Le diagnostic en est parfois difficile, et il ne faut pas hésiter à faire appel à la chloroformisation et à la radiographie.

Le traitement est difficile à tracer d'une façon nette, car nous sommes actuellement dans une période de controverse au sujet des fractures. Après l'emploi à outrance des appareils, certains chirurgiens les abandonnent de plus en plus et ont recours au massage. En ce qui concerne l'enfance et les fractures du coude qui sont les fractures par excellence de l'enfance, je ne saurais trop vivement combattre cette pratique, dont les effets sont déplorables. Il est indispensable d'immobiliser l'articulation d'une façon rigoureuse, en raison de la tendance des fragments au déplacement. Le périoste, chez l'enfant, a la propriété, lorsqu'il subit une irritation quelconque, de produire du tissu osseux ; et c'est pourquoi le massage répété peut contribuer à la formation des cals vicieux. Nous avons à cet égard observé un fait assez amusant chez une fillette soignée au dispensaire. On la traitait par le massage, et l'articulation s'ankylosait de plus en plus ; un jour la masseuse tomba malade, la fillette cessa d'être massée, et à partir

de ce moment les mouvements du coude revinrent. M. Grisel a observé un cas analogue.

En somme, en ce qui concerne les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant, je crois à la nécessité d'une immobilisation absolue et rigoureuse : pendant combien de temps ? Je fixe généralement à trois semaines environ la durée de cette immobilisation, après quoi la malade pourra porter le bras en écharpe et faire un peu de mobilisation. On évitera ainsi les ankyloses du coude et les grattages ou résections des fragments qu'elles nécessitent.

Dans quelle attitude le membre doit-il être immobilisé ? Les uns sont partisans de la flexion à angle droit, qui serait avantageuse en cas d'ankylose : d'autres, au contraire, conseillent l'extension complète ; mais je crois que celle-ci, sans appareil de traction, expose bien plus au glissement des fragments que la flexion qui engrène au contraire ceux-ci. Pendant une période de dix ans, j'ai immobilisé les fractures du coude à angle droit, et depuis environ quatre ans j'ai même pratiqué la flexion forcée, celle qui me paraît assurer le mieux la coaptation des fragments osseux.

Je vais vous présenter un jeune garçon atteint d'une fracture du tiers supérieur du cubitus avec luxation de la tête radiale. Cette lésion est peu connue ; la fracture porte le plus souvent sur le tiers supérieur, parfois sur le tiers moyen et même la partie inférieure du cubitus, et la tête radiale se trouve luxée en avant, quelquefois en dehors. Il s'agit le plus souvent de fractures par cause directe et si la double lésion reste méconnue, si on la soigne comme fracture simple, il s'ensuit des résultats déplorables, des consolidations vicieuses, les deux fragments du cubitus se portant contre le radius, faisant disparaître l'espace interosseux ; dans quelques cas il y a une pseudarthrose.

Le petit malade que je vais vous montrer est le sixième cas de fracture du cubitus avec luxation de la tête du radius que j'ai eu l'occasion d'observer.

Malgaigne dit avec raison: «Lorsque dans une fracture de l'avant-bras vous voyez un gonflement du côté de l'articulation du coude, défiez-vous, parce que généralement la fracture des os de l'avant-bras ne remonte pas si haut, d'une luxation concomitante du radius. » Il ajoute : « Dans toute fracture isolée où le radius n'est pas fracturé, défiez-vous d'une luxation concomitante du radius, et chaque fois que vous aurez fait ce diagnostic, sachez que l'élément principal est la luxation et non pas la fracture ; si vous réduisez la luxation *ipso facto*, le cubitus reprend son attitude normale ; si, au contraire, vous ne portez l'attention que sur la fracture, vous n'obtiendrez pas de consolidation. »

ETUDES PSYCHOLOGIQUES DE FEMMES

HYSTER. — UNE ETUDE DE NÉVROPATHES

par M. le docteur Clerc, de Vichy.

Le docteur Beforafter, possédé par la passion de ses recherches touchant la génération scientifique et raisonnée, à l'usage des familles, honnêtes et autres, abandonna, *petit à petit*, sa clientèle ordinaire, si ce n'est que la clientèle fut la première à le quitter.

Un praticien, en effet, porte sans désavantage un chapeau à bords plats. Une mise particulière et un grain d'originalité et de pose ne lui nuisent pas. Mais une personnalité pas trop sincère, donc anguleuse et sans diplomatie, ne saurait plaire à la masse.

Outre que notre honorable chercheur, auprès d'un malade quelconque, manquait de prolixité au point de se contenter de l'examen dit *vétérinaire* ; et que, si vous lui eussiez demandé, madame, de quel microbe votre mari alité était la proie et s'il en demeurerait impotent vingt et un jours ou six semaines, votre question pour être pleine d'intérêt, n'en eût pas moins risqué fort de rester vaine et comme ignorée ; — ne lui arriva-t-il pas maintes fois de sortir de chez un client sans avoir prononcé trois mots ; et en laissant pure et sans tache jusqu'à la feuille de papier préparée et vouée aux pires jambages et égratignures ; sauf à violer, en partant, le secret d'une chambre où on ne le priait pas, mais qu'il prenait pour la porte de sortie ? — Au contraire, un prurit rongeur et intime, celui d'enrichir ses statistiques, l'excitait d'autres fois à parler, sans même assez de circonlocutions, et à s'enquérir, fussiez-vous tendron ou vieille demoiselle, du nombre de vos enfants, du temps qu'avait duré votre grossesse, de l'instant de la conception et de son résultat. Un célibataire, intraitable même, devait subir sans échappatoire, l'initiation de sa théorie sur la procréation de mâles ou filles à la volonté des parties prenantes.

Certes, Beforafter a le champ cérébral rétréci, borné, à l'idée fixe, tel qu'il se fait chez les inventeurs, fussent-ils de génie : peut-être est-il, un grain, hystérique. Mais, pour se montrer, au surplus faible et irritable — faible devant la louange et irritable à la contradiction — ce caractère puissant, d'airain, n'a rien de la neurasthénie.

Et voilà pourquoi, sans doute, il était peu convenable qu'il fût le médecin de miss Lucy Hyster, l'ait-il, il y a vingt ans au moins, mise proprement au jour et soignée depuis lors : car il est d'observation que la cure de semblables névrosées n'est en bonnes mains que confiée, non seulement à un fin, astucieux et compatissant psychologue, mais encore à un praticien digne d'insérer parmi ses titres scientifiques : *ancien neurasthénique.*

Le doute ne fleurit pas dans l'âme sévère du Maître, et, moins

que tout autre celui de son impuissance — médicale, s'entend; laquelle à l'inverse de la mise bas des armes physiques, serait le cas des seuls jeunes médecins et disparaîtrait chez les anciens : tel étant, du moins, l'avis des doyens de la profession.

Il est donc vraisemblable que Beforafter, persévérant dans sa méthode, n'aurait eu garde de s'avouer vaincu, malgré son peu de succès, au moins apparent, et traiterait encore miss Hyster, si la mâtine ne lui avait échappé, ainsi qu'à sa famille, par une fugue opérée avec maëstria.

C'était temps, à vrai dire ! Le contact d'une personne grandement neurasthénique est, en effet, une épine irritante de si belle sorte que tout l'entourage et jusqu'au chien de la maison en peuvent devenir enragés.

Par quelle dégradation de tonalité la brillante, l'étincelante miss Lucy s'abîma-t-elle dans le noir de la maladie mélancolique, dont les voies sont à la fois multiples et banales ? L'événement, même parmi la famille et les intimes, ne s'explique pas sans controverse.

Ses antécédents, *ab ovo* ? — Elle fut conçue, sans aucun doute, dans le désir et dans la volupté, sans qu'on pensât le moins du monde à elle.

Quant à savoir les conditions de sa conception première, et il convient d'entendre par là quand et comment naquirent et vécurent, jusqu'à l'heure de la conjonction génératrice, le corpuscule Papa et la cellule Maman ; quant à faire l'historique des neuf mois de détention de ce petit fœtus dans le sein, — pour ainsi parler — de sa mère; — toutes choses ardues en l'état de choses actuel de la science — l'auteur s'y appliquera, conscient de l'intérêt primordial de ces notions, quelque jour où l'humeur le prendra d'extraire de la quintessence.

La date, le jour et l'heure de la naissance, données indispensables pour tirer un horoscope, sont consignés et à la disposition des astrologues, sur les registres de l'état civil new-yorkais, de l'an de grâce 1883, mais ne nous importent pas autant que cette nouvelle : la mère et l'enfant se portèrent bien.

Dès le maillot, Lucy s'affirma forte chanteuse.

Précoce, elle n'eut de cesse qu'après avoir épuisé la liste des affections fébriles, rouges, roses ou écarlates.

Fillette, on la remarqua pour la richesse inventive de ses caprices, si drôles et intelligents, imprévus et fantaisistes que toute velléité de sévir en était désarmée.

L'âge de raison — mythe! à sept ans et à tout âge — inaugura une période difficile, dont la famille conçut du tourment en raisons de virevoltes troublantes parce qu'inexpliquées.

L'explication même eût-elle satisfait les parents? Au fait, cette enfant était une girouette, précisément, mais aussi peu responsable que toutes les girouettes du monde. Par le vent du nord, sec et froid, et qui fait le sang courir plus allègre dans les vaisseaux,

elle était gaie et pour cela se plaisait au travail, à jouer, à prouver les affections de sa petite âme. Le temps se traduisait-il, au baromètre, par de la dépression? Déprimée elle-même, Lucy devenait maussade, inactive, indifférente.

Et aussi faisaient tourner la girouette, vers l'azur, une compagnie plaisante, l'excitation d'une digestion facile, deux doigts d'un vin généreux, une course au grand air et les jeux où s'exerçent les muscles. A l'inverse c'était le sombre marasme. Et d'une part comme de l'autre, l'excès, le surmenage même de la joie et de la vie, faisaient la jeune boussole affolée : l'irritation soufflait en tempête !

Aux abords de ses seize ans. miss Hyster émerveille le monde de l'Union comme celui de la Riviera française par l'esprit le plus fantasque et scintillant. On la surnomme : Miss Feu d'artifice. Et, positivement, elle éblouit et hypnotise par ses saillies rares, en fusées inattendues et en gerbes fournies, lorsqu'il lui plaît, pense-t-on, de sortir du morose abattement, déjà mélancolique, où le plus souvent on la voit renfermée.

Elle est ainsi, alanguie et froide, tant qu'une excitation assez puissante n'a pas électrisé son atonie. Les lendemains de ces bals et de ces fêtes — Américaine et mondaine, elle est, à cet âge, de tous les *party* — sont des jours de torpeur et d'insensibilité. Elle s'arrache avec peine, d'ailleurs, chaque jour, au repos. La journée commence pour elle vers midi. Et c'est encore un peu ensommeillée qu'elle se livre à ses occupations, jusqu'au moment où, entraînée et obéissant, paraît-il, à la force acquise, elle devient vivante et vibrante au point d'étonner par son endurance aux fatigues des sports, de la danse et même des causeries spirituelles ou savantes.

Elle se dépeint tout entière dans cette scène journalière, scène à deux personnages : elle et son piano.

Le piano, comme elle s'en est venue rôder près de lui, insinuant : « Amie aux doigts harmonieux, reprenons notre entretien d'hier, voulez-vous ? »

Boudeuse, elle lui tourne le dos et, sur le divan, refuge de paresses et de lassitudes, elle choisit de se livrer à quelque passive songerie. Mais c'est l'ennui. Et dans sa mémoire courent bientôt, ainsi qu'un appel, des phrases musicales qu'elle aime. Comme un automate elle se redresse. Le clavier s'offre, évocateur de rythmes. Les mains de la pianiste se laissent-aller, comme à regret, à quelques accords lents, appuyés à peine. Puis, une mélodie se dessine, s'affirme, nerveuse et passionnée. Et les heures passent, l'artiste tout entière à son art, dont elle oublie, charmée, emballée, jusqu'à l'épuisement, qui la guette, de sa sensibilité et de ses nerfs.

Des accumulateurs de la vitalité difficiles à prendre la charge ; un moteur au déclanchement pénible, à la mise en marche ardue tout d'abord, pour devenir de plus en plus aisée et puissante, tant

que persiste un atome d'énergie : tel semble le mécanisme de la petite miss Hyster.

Elle se plaît *à continuer*, dans le repos et dans l'action. Et le défaut de mesure, ici et là, est également périlleux, d'autant qu'à cette époque éclosent en elles les prérogatives de la femme, le baptême du sang, les premières blessures.

Et de cela, déplorablement, la jeune fille tire cette déduction qu'il lui convient dès lors, puisque femme, de se serrer davantage dans le corset, écraseur et dislocateur d'organes, pour mieux arrondir la taille, et dans les bottines déformatrices. Elle se met au cou le carcan de la coquetterie et de la mode.

Et, de cela, vous ne l'eussiez fait démordre, pour un empire du Sahara !

Mais, un jour, le délicat organisme, brusquement se détraqua. Ce fut le déséquilibre soudain, traduit apparemment par une faiblesse immense, sans merci, sans plus, même, de ces feux de paille de joie et d'entrain, de ces envolées fugaces sous le coup de fouet d'un clair de soleil ou d'une tasse de thé excitante.

La marée irrésistible monta ; des tristesses, sans cause, disait-on puisque la jeune fille, riche, aimée et gâtée n'avait qu'à émettre un désir pour être contentée. De ces tristesses, il est vrai, que la science dit être le reflet et le murmure de cellules et de fibres conscientes de leur déchéance, de leur impuissance, de leur renoncement à une lutte au delà de leurs forces; des cellules nobles de l'intelligence et de la volonté vaincues, aussi bien que des organes végétatifs et brutaux, sans plus de besoins, ni d'appétit.

Alors, la descente dans le noir.

Lorsque la jeune malade ouvrait la bouche, c'était maintenant pour dire — oh ! sans emphase, mais avec une simplicité navrante :

« Je voudrais mourir. »

S'il ne lui eût coûté, comme un effort inouï, de parler, ç'aurait été pour exprimer l'amertume, le désespoir de jours de torpeur, de nuits d'insomnie et par-dessus tout la sensation farouche de la lassitude intellectuelle, de la musique devenue insupportable, des lectures, passion aussi d'antan, abandonnées, par fatigue, dès les premières lignes !

Le père, réellement, n'en revenait pas, tant il comprenait mal, dans la véhémence de sa vitalité, l'activité de ses sens et le bouillonnement perpétuel de son sang, sa fille ainsi abattue. Il imaginait une consomption terrible, un mal méconnaissable.

Sa consternation était même enfantine, à contempler la petite malade toujours calée dans les coussins des divans, comme si des appuis fussent devenus nécessaires à tous les points de ce corps sans plus de muscles, pouvait-on penser, qu'un mollusque !

Lui, au contraire, l'homme nerveux, parfois démoralisé, mais aussitôt redressé, qui, dans un fauteuil, toujours rigide et cambré, la tête haute, semblait ignorer que le meuble eût bras et dossiers !

Son supplice, surtout — et alors il croyait au diable et à la possession ! — était d'entendre Lucy, d'une voix blanche, lui soutenir qu'il vaut mieux être assis que debout, couché qu'assis, mort que vivant !...

Ces entretiens renouvelés sur la Mort, dignes de Socrate, n'en horripilaient pas moins Mrs Hyster. Avec l'âge, ses réactions sont devenues humides. Tandis que Harry tântôt embrassait la jeune fille avec transports et tantôt l'invectivait de façon véhémente, obéissant, sous cette double forme, à un seul sentiment qui était sa haine contre la maladie, Mrs Mary ne savait que se répandre en larmes et en gémissements, quitte à chercher un réconfort, ensuite, dans la boisson d'une liqueur, honorablement alcoolisée, dont elle use généreusement pour noyer l'amertume de ses vieux jours, sans vergogne et sans crainte, d'ailleurs, puisqu'il s'agit d'une liqueur de ménage.

La chère dame, plus vivace avec ses cinquante ans passés que n'était Lucy et ses vingt ans, ne devait pourtant pas contribuer à rendre la jeune malade plus gaie ! Car elle détestait maintenant la lutte, se cantonnant dans la passivité, non sans souffrir, il est vrai, lorsque, par exemple, sa fille lui faisait palper son cœur, lui disait :

« Sens comme il est faible, mère ! Il bat comme de l'aile un oiseau blessé qui va mourir... Et mon pouls ? C'est une onde très molle et très lente !.. Tu pleures ? Hé, pourquoi ? Je mourrai bientôt, mais n'est-ce pas notre fin à tous, et à toi aussi, à ton tour ? »

Mrs Hyster pleurait parce qu'elle aime sa fille, parce que l'idée du trépas est pénible aux personnes d'âge, principalement, et parce que celles-ci trouvent sans agrément qu'on leur rappelle, pour leur propre compte, la fatale et sinistre éventualité.

La vanité des efforts de chacun autour de la jeune névropathe se résolvait bientôt en simples controverses, parfois discourtoises dans l'évidence de leur stérilité et dans l'énervement ambiant.

Parmi les hésitations, deux opinions se dressèrent, nettes, irréductibles, tenaces : celle du Dr Beforafter et celle — n'en déplaise — de Lætitia, l'ancienne nourrice sèche de miss Hyster.

Le docteur, aussi souvent qu'on le mit à la question, et l'événement ne fut pas rare ! pour qu'il expliquât l'essence de cette mélancolie noire et ses causes profondes, répondit toujours, avec bonhomie dédaigneuse, comme il a coutume :

« Il s'agit là d'une névrose, maladie de l'esprit au premier chef, et dont se trouble secondairement le jeu de tous les organes. Une idée accapare les facultés de la malade : elle pense uniquement et incessamment à soi-même, à son état présent, qu'elle s'imagine irrémédiable.

« La déposséder de l'obsession de sa mort, lui infuser au contraire la conception et la volition de guérir : tout est là ! Car aucun de ses organes n'est lésé, si ce n'est que leur fonctionnement en est « rabaissé au cran minime de la vitalité !

— Mais pourquoi cette misère, cette déchéance ? s'informaient, navrés, Mr. et Mrs Hyster. Et le docteur, sans pitié, de leur assurer que la cause initiale en était à tous deux qui avaient engendré l'enfant héritière de leurs tares !

Les Hyster, accablés et comme repentants, ne songeaient point même à se plaindre que Beforafter ne les eût instruits plus tôt de cela, quand il était temps, et au lieu de les inciter, comme il l'avait fait, à la procréation.

— Et toute la lignée encore de vos ascendants, continuait le docteur, aux nerfs surmenés et faussés, au sang et aux humeurs acides d'arthritiques, est responsable !

Puis, c'est le genre de vie que vous laissez prendre à votre fille : surmenage de l'intelligence et de la sensibilité !

Mrs Hyster remarquait ici que ce ne pouvait être l'excès des sentiments dont Lucy risquait de s'être rendue malade, car elle l'avait toujours vue surtout indifférente et froide.

Beforafter insinua que les petites amies de la pension seraient peut-être d'un avis différent et que, pour s'épancher peu dans le sein de sa mère et le gilet paternel, les jeunes filles cachent parfois des trésors d'amour vis-à-vis de leurs compagnes et de leur « quant à soi ! »

En vérité, l'hypothèse du docteur parut gratuite aux parents, qui récriminèrent. Le Maître n'avait point pour habitude de discuter. Il continua : « Au reste, il est cent manières de faire abus de sensations : j'estime, par exemple, que, non seulement des lectures à outrance, mais plus encore la pratique prolongée d'exercices musicaux sont éléments néfastes de surmenage pour les centres nerveux ! »

Harry et sa femme appréciaient malaisément les arguments du docteur, parce qu'ils les mettaient en cause. Ils eussent préféré incriminer quelque microbe délétère. Et c'est pourquoi Mrs Mary dit avec humeur :

« En somme, notre genre d'éducation ne vous plaît pas, docteur ! Si j'ai bonne mémoire, du reste, vous nourrissez une haine personnelle contre les pianos que vous ne pouvez entendre sans grincer des dents ! »

Beforafter, conséquent avec sa conception théorique de l'affection de miss Hyster, entreprit de frapper droit à cette imagination dont il voulait redresser la déviation pathologique. Et il arma son bras des foudres de la suggestion : hynotique, tout d'entrée, pour user des grands moyens.

Ce fut, un soir, dans la chambre sombre de la jeune fille. A peine la lueur vacillante de la veilleuse. Un grand silence. Puis, la jeune malade étendue dans les bras de sa coutumière chaise-longue, sur les mignons globes oculaires qu'ils aplatirent dans leurs orbites, les gros pouces du docteur. Et lui, par intervalles, d'une voix autoritaire et sûre, disait : « Dormez ! — Dormez-vous ? — Quand

vous serez en état de sommeil hypnotique, je vous interrogerai, et vous m'obéirez !...»

L'obéissance de Lucy n'était certes pas chose banale, et aux ordres de Beforafter en particulier. Certes, pensèrent les parents, si nous la voyons répondre aux injonctions du docteur, c'est qu'elle sera bel et bien hors de son naturel, en hypnose, et l'expérience sera couronnée de succès !

L'éternel féminin veillait, ironique et prêt à se jouer. Il advint, ce soir-là, et d'autres fois que fut tentée la suggestion de pareille sorte, que la jeune névropathe consentit à s'endormir. Oui, sans doute. Mais, résultat inattendu, elle faisait alors tout simplement un petit somme, très normal et sans rien de commun avec l'hypnose, la catalepsie et le somnambulisme !

La suggestion à l'état de veille la trouverait-elle aussi réfractaire ! En réalité, jusqu'ici, toutes les fois qu'on lui avait dit, de la façon la plus magistrale comme la plus insinuante : « Ce dont vous êtes atteinte n'est rien ! Levez-vous ! Courez au soleil ! Jouez à quelque sport de votre choix ! Nourrissez-vous ! Lisez ! Prenez des distractions ! » Comment la jeune fille eût-elle vu là autre chose qu'une décision imbécile ou amère, puisque, malheureusement, ses jambes refusaient, après quelques pas, de la soutenir, que son estomac condescendait à la laisser en paix à la condition seule de lui donner si peu que rien, et que — parmi la conscience de ses autres déchéances, n'était-ce pas son tourment sans pareil ? — s'évanouissaient, fuyantes, tantôt obnubilées, ses facultés d'attention et de mémoire ?

Beforafter possède la quiétude des prophètes. Il s'impressionna peu de ces antécédents. Et il mit tout ce qu'il a de volonté et d'intransigeance doctrinaire avec, dans l'institution de ce traitement dont il prédit avec force — et dont il attendait aussi — merveille : une antique formule dont les anciens avaient toujours, en pareil cas, obtenu l'impossible !

Et il écrivit, de son écriture nette, sa plume égratignant du reste le papier et crachant des comètes imprévues :

Elixirium fulminans :

Aqua fontis...........................	100 grammes.
Illa repetita..........................	50 —
Eadem stillata.........................	25 —
Hydrogenj protoxid.................	0 gr. 125
Nil aliud..........................	1 gr. 333

dont il ordonna *une* goutte toutes les heures du jour, dans un électuaire consistant en un demi-verre d'eau pure. L'institution de ce traitement fut saluée, tout de go, par un notable progrès : la malade ne refusa point et ne rejeta pas la drogue, comme il était ordinaire lorsqu'elle découvrait le moindre goût médicamenteux. Lucy n'en trouva aucun à cette mixture faite d'eau de la fontaine, d'eau simple, avec, même 1 gr. 333 de *Rien autre*. Et la chose n'est

pas tellement banale quand il s'agit de névropathes, gent idoine à l'auto-suggestion !

Peut-être même la cause inavouée de sa soumission fut-elle, qui plus était, une renaissance de l'espoir !

« Cinq jours et demi de cure ! avait assuré Beforafter, et ce sera la guérison absolue. .. »

Hélas ! la fatalité voulut que le cinquième jour, fût-ce l'effet d'une dépression atmosphérique, — tant il est vrai qu'un nerveux est un baromètre sensible, au point de connaître, à son réveil, tous volets clos encore dans sa chambre, si le temps est sec ou pluvieux, terne ou ensoleillé — fût-ce pour toute autre cause imprécise, Lucy, après une nuit de demi-sommeil tourmenté de rêvasseries opprimantes, se trouva lasse plus que jamais, et désespérée.

D'aucuns estimeront qu'une désillusion ne fut pas sans décider de cette nouvelle chute : désillusion dont la cause déterminante aurait été, non point le fait d'une imagination faussée, mais bien plutôt d'origine physique. Car il est permis de supposer sensibles et intelligents, à leur façon, tous les corpuscules dont se constitue le corps humain. Et si, réellement, la maladie de miss Hyster résidait dans ses cellules et dans ses organes, atteints dans leur activité vitale, cette hypothèse est rationnelle que la jeune fille souffrit de l'impression, profonde et subconsciente, de tout son être aussi mal en point que ci-devant, après l'illusoire réconfort de cinq jours d'eau claire, fût-elle baptisée *Elixirium fulminans !*

En mathématiques, 2 plus 2 font 4. Devant cette loi rigide, un polytechnicien même doit s'incliner. Pour un maître de la médecine — dont la science est un art, en vérité — la chose est autre. Ici, c'est l'appréciation personnelle qui fait loi, les opinions les plus divergentes restent légitimes. En clinique, il en est comme en peinture où, de l'avis d'experts autorisés, votre portrait peut être parfaitement véridique et ressemblant quand vous n'y retrouveriez même pas le classique air de famille.

Faute de vous portraiturer vous-même et selon la conception que vous vous faites de votre faciès, vous devez accepter que l'artiste — votre ressemblance absolue étant illusoire et sans réalité — rende tout uniment l'impression qu'il a de vous.

Beforafter professe cette théorie que les névrosés sont éminemment suggestibles et hypnotisables et que la guérison pour eux est là.

Il n'est point, lui-même, de ces hypnotiseurs en chambre — à coucher — en quête de jolies femmes dont endormir la seule pudeur — ou ce qui en tient lieu, au moyen de tête-à-tête et de ... quatre yeux, d'effleurages et de pressions évidemment suggestives, de tout ce qu'en somme passes on nomme. Cet homme méprise la bagatelle, et c'est un hypnotiseur sérieux et éprouvé.

Or, il échoue nettement dans ses pratiques de suggestion sur Lucy Hyster. Conséquent avec l'expérience, cessera-t-il de la consi-

dérer comme atteinte de névrose ? Que non pas ! Les dilemmes ont des portes de sortie pour un théoricien, en médecine ! Et voilà comme chacun peut épouser une théorie, n'obéissant souvent qu'à sa propre nature et à ses prédilections.

Sans être grand clerc, pour juger en simple empirique, ne peut-on faire, de toute façon, au maître ce reproche d'avoir manqué de ce pouvoir, petit en apparence, qui eût été de suggérer à sa malade sympathie réciproque et confiance, jusqu'à la confidence ?

Pour un praticien, novice soit-il, mais qui, s'oubliant lui-même et se dédoublant, sut entrer dans la peau de quelque neurasthénique, et surtout si sa propre peau en contient un, il appert, sans conteste, que malade et médecin doivent se fondre ensemble dans la lutte patiente — pour l'homme de l'art, ô combien ! — contre la tyrannie de l'odieux mal !

Cette fusion, la femme neurasthéniée la poussera maintes fois aux limites extrêmes, et elle ne se livrera que trop à son cher docteur : n'en déplaise à celui-ci ! Le métier est de dévouement. Il acceptera tout, pour l'Art !

La contrainte, la pudeur, normales entre hommes, enlèvent certes au médecin une arme contre la neurasthénie masculine, et il lui faudra s'ingénier d'autre sorte, en revanche. La question se pose, peut-être, d'élucider si mesdames les docteurs en médecine, en pareil cas, ne lutteraient pas avec plus d'avantages.

Dame Lætitia, la nourrice sèche, posait en principe, dans cet ordre d'idées, que le Dr Beforafter serait toujours impuissant à guérir mis Lucy, parce qu'il était trop vieux et trop laid.

Celui dont la jeune fille retrouverait la santé, — qu'il fût ou non médecin, ce n'était pas l'affaire ! — serait tout simplement un beau garçon. La petite se consumait d'amour : un âne seul en pouvait douter !

Et pour mieux assurer ce qu'elle avançait, la bonne femme disait net pour qui brûlaient les feux de sa jeune maîtresse : un comte italien, venu de son vieux continent en Amérique, deux ans auparavant, exprès pour admirer miss Hyster et demander sa main.

Lætitia pensait ainsi parce que le joli comte l'avait séduit — pas aussi avant, certes, qu'elle eût souhaité — par son grand air et sa grâce. Elle s'inquiétait peu de savoir si le noble latin n'avait pas passé l'Atlantique dans le but primordial d'épouser quelque dot roturière mais métallique qui lui permît de passer une nouvelle couche argentée sur son blason, dernière cartouche, ce dont, à vrai dire, malgré sa diplomatie toute romaine, il avait été convaincu et, ce pour quoi, *blackbowled*.

La jeune malade était-elle, réellement, intoxico-toquée, peut-on dire pour user d'une expression médico-psychologique et d'une théorie qui voit dans l'amour, et le plus spirituel encore, le fait d'un empoisonnement, et qui assimile l'amant, même platonique, à une seringue, par exemple, de morphine ? Elle le niait.

Mais Lætitia se vantait de lire même dans les astres et dans l'âme des jeunes filles.

Lucy Hyster s'est toujours fait un point d'honneur d'agir uniquement suivant les décrets de sa volonté. Elle se défend de subir toute influence étrangère. On peut croire, pourtant, qu'elle en fait à la manière des chattes qui, si vous leur offrez quelque friandise, fût-ce avec toute la politesse voulue, se détournent *illico* avec un dédain marqué et s'en vont, avec négligenge, regarder par la fenêtre le temps qu'il fait, pour revenir incidemment croquer le biscuit, quand il leur plaît, et en affirmant ainsi l'intangible de leur libre arbitre.

Les objurgations insidieuses et tenaces de dame Lætitia, réprimées pourtant, sur le vif, par la jeune maîtresse, et qui vantaient la nécessité thérapeutique de ce topique dénommé : un époux amoureux, s'insinuèrent-elles dans l'esprit de Lucy ?

Toujours est-il que la nourrice, — sans profiter, bien entendu, de l'autorité scientifique dont elle eût pu étayer ses conseils, de par les recherches sur les sécrétions glandulaires internes, et supérieure qu'elle était encore, en raison du moyen pratique d'application qu'elle laissait entendre, préférable *à priori* et autrement aux moyens indirects et canins de l'artificiel Brown-Sequard, Lætitia paraît avoir battu le docteur Beforafter sur le terrain de la suggestion, ce jour dernier où il émit la nécessité, pour le rétablissement de la jeune fille, qu'elle fût soumise à une cure par l'isolement et qu'elle restât tout le temps nécessaire dans tel Institut, sans revoir une seule fois qui que ce soit de ses parents ou de ses relations.

L'effet de cet ukase avait été sur-le-champ, d'attérer la famille Hyster, et le docteur avait quitté la place avant que chacun ait retrouvé ses esprits.

Il est notable, du reste, que la révolution ainsi opérée fut, du coup, telle chez miss Lucy qu'elle s'en ranima et sembla reprendre énergie et vitalité.

Une heure ensuite, dans le cabinet-laboratoire, dont le désordre apparent, pour être un effet de l'art médical, estomaque toujours le visiteur, surtout s'il compte s'asseoir, tous sièges et meubles, inhospitaliers, encombrés d'in-folio ouverts, de brochures multicolores prêtes à la cascade ; et des lamelles et des tubes, voués à de fâcheux écrasements ; et des instruments, inattendus et rébarbatifs prêts à piquer qui s'y frotte ! Fort à l'aise dans ce chaos: dans ce labyrinthe dont sa puissante mémoire a la clef, Beforafter monoclait, avec la gravité convenable en pareille posture, sur l'œi d'un des microscopes placés en bataille sur son bureau, et dont le champ était, pour l'heure, une sorte de jardin d'acclimatation pour jeunes ovules de lapines.

Lorsque, bruyamment, le camarade Harry fit irruption.

Et le camarade Harry, aussitôt, se prit à parler avec animation, du moins le docteur eut-il cette perception vague, car il n'écoutait

point, intéressé davantage par l'évolution cellulaire dont son microscope était le théâtre.

Harry, il est vrai, lorsqu'il fut las de causer tout seul, n'hésita pas d'appréhender le vieux garçon au col de sa redingote, et, malgré qu'il se cramponnât à la table, il parvint à l'attirer hors de l'objectif.

Beforafter, acceptant la nécessité, regarda enfin Mr. Hyster et lui voyant sa figure très rouge, il dit : « Vous avez de la congestion au visage, Harry ! Mauvaise chose !

— Hé ! ce n'est pas l'affaire, interrompit l'autre, la voix en trémolos, la respiration brusque.

— Quoi donc, alors ?

— Ce que c'est ? Ma fille vient de déclarer, à sa mère et à moi, que nous ayons à lui procurer vitement un mari : si, dans seize jours et douze heures — soit fin ce mois — elle n'est pourvue par nos soins, elle prendra, dès le lendemain, le premier homme sur sa route ! »

Beforafter remarqua, avec philosophie : « Conception rare ! Votre fille, mon cher, est d'une grande singularité. Mais je ne suis pas la cause de cela.

— Vous pensez ainsi ? Ce n'est pas vrai, cette fois, car vous êtes de moitié en la matière...

— ?

— Car elle dit agir avec votre ordre formel...

— De faire de l'isolement ?

— Qu'elle doit vivre hors de notre home ! »

Le docteur, ici, plaça cet aphorisme, que l'astuce étant l'arme des faibles, la femme, de naissance héréditairement, en devait jouer et, certes, bien souvent, en virtuose. Il en voyait la preuve éclater jusque dans l'habileté féminine ès-arts de l'habillement, qui ont pour objet de voiler, de travestir, de falsifier.

Puis, il s'émerveilla encore, avec quelque ironie, de ce fait qu'une boutade d'enfant était capable de congestionner un cerveau paternel à l'égal d'un coup de soleil : et même le roi des astres ne le pouvait-il faire en toute saison, d'où son infériorité relative.

Enfin, il demanda sérieusement si, de nos jours, l'autorité d'un père n'est plus qu'un souvenir paléontologique, et si l'on n'allait pas emballer, fût-ce de force, la petite demoiselle à destination de l'institut hydro-aéro.....

Alors, interruption vibrante d'Harry.

« Lucy, dit-il, considère comme désormais intolérable votre propension à la traiter en petite fille pas sage.

« Elle prétend que vous parlez tout simplement de l'envoyer en pénitence dans une sorte de maison de correction où on la fustigera du matin au soir, avec des jets de douches immodérés, d'après vos propres instructions.

« Et dans quelle compagnie, pardieu ? De fous, ou tout au moins

de demi-fous ou de quarts de fous qui, pour lors, l'écervelleraient malgré qu'elle se juge malade du corps, mais point de l'esprit !

« Non ! certes, conclut-il, votre proposition elle-même est hors de la raison ! »

Beforafter est de la race irritable des prophètes. Mais il est, avant tout, un homme bien élevé. Il a l'irritation sèche et sans éclats.

Il affirma, très calme, que tous les Hyster, s'ils passaient quelque temps dans une maison de santé, outre qu'ils y trouveraient maint avantage, en reviendraient avec des idées d'admiration et de pleine confiance. Au surplus, la vie parmi les siens, prolongée plus longtemps, deviendrait un péril pour la santé de miss Hyster.

Sur ces mots, Harry s'indigna. Il avait toujours ouï dire que les soins d'une mère sont sans égaux. Et la sagesse des nations n'affirmait pas gratuitement qu'on n'est nulle part aussi bien que dans le sein de sa famille.

Il évoqua ces arguments émus dont use le barde pieux, — et aussi bien l'enfant prodigue lorsque de se refaire le besoin se fait sentir, — et qui célèbrent ce sein tendre et confortable, serein et fleurant bon la lavande.

Harry oubliait, ce disant, toutes rancœurs et même de très proches, touchant les petites misères et les grandes dont son foyer était rongé. Car la présence de la malade avait rendu chacun nerveux et irascible au plus haut degré et insupportable à tous les autres.

Harry parla de la sorte parce que Lucy l'avait embrassé cejourd'hui avec effusion. Car le docteur avait fait ce miracle, en voulant isoler de ses parents la jeune fille, que cette idée seule de la séparation éventuelle ranima les sentiments affectifs de tous, et que ce fut la plus généreuse amnistie.

Mr. et Mrs Hyster acceptaient, à tout prendre, un mariage. Ils préféraient cela, surtout parce que Lucy ne leur laissait pas le choix de préférer autre chose. On appréhendait seulement un coup de tête si, réellement, le mari demandé n'était rapidement découvert.

La nouveauté de l'idée, cet ordre d'avoir à livrer à terme, fin courant, sa fille, troublaient en vérité le bon Harry, et plus que jamais ne le fit une échéance.

Encore tenait-il à être instruit, touchant la santé de Lucy, si elle se trouverait bien du mariage. Il conjura donc le vieux camarade qui, tel Achille rentrant dans sa tente, retournait à son microscope, de l'éclairer d'un avis.

Et Beforafter, bon prince et parce qu'il y trouverait quelque satisfaction pointue, voulut bien s'exprimer de la sorte :

« L'entrée en ménage, pour une névrosée, est favorable, si elle ne lui est pas funeste. L'inconnue du problème ? La qualité du mari. Les résultats de la conception, de la maternité ? Quelquefois bons. Mais ce qui n'est pas douteux, c'est : 1° qu'à marier leur fille, les parents retrouvent la tranquillité et la raison : 2° que, de l'affaire

et, en échange, quelqu'un perdra sa raison et sa tranquillité. Car, chose notoire, se conjoindre à une femme nerveuse est loin — pour se servir d'une expression de bourse—d'entrer dans une valeur de tout repos! »

Dr CLERC, de Vichy.

FORMULES

Traitement de l'adynamie cardiaque dans les maladies infectieuses chez les enfants.

1° Potions :

Sulfate de spartéine......	0 gr. 10
Eau distillée.............	25 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	20 gr.

F. s. a. Une cuillerée à café de cette potion 0 gr. 01 de spartéine. On en donnera, à partir de trois ans, 2 cuillerées à café par jour; de cinq ans, 5 cuillerées à café; de dix ans, 10 cuillerées à café.

2° Injections hypodermiques :

Sulfate de spartéine.....	0 gr. 25
Eau distillée, q. s. p......	25 gr.

M. u. e. A partir de l'âge de trois ans, 2 demi-seringues de Pravaz dans la journée; de cinq ans, 2 seringues; de dix, 2 seringues et demie.

Traitement du tænia par les sels de strontium. — Au cours d'expérience sur les sels de strontium, Laborde avait remarqué que les chiens qui prenaient des sels de strontium étaient débarrassés de leurs tænias. Depuis, cette médication a été employée en grand et on a pu ainsi délivrer des meutes entières.

Voici comment Laborde conseillait d'administrer le strontium comme tænicide chez l'homme :

Lactate de strontium.....	20 gr.
Eau distillée..............	120 gr.
Glycérine	Q. s.

Deux cuillerées à soupe par jour le matin, pendant cinq jours.

En général, au bout de ce temps on peut être assuré que le malade est débarrassé du tænia.

Pneumonie des enfants. (MALLET.)

1° Appliquer des cataplasmes sinapisés sur la poitrine.

Enveloppement des jambes dans des bottes de ouate.

2° Toutes les heures une cuillerée à café de la potion suivante :

Carbonate d'ammoniaque..	2 gr.
Vin de Malaga.............	20 gr.
Sirop de tolu...............	40 gr.
Eau de menthe.............	60 gr.

3° Trois cuillerées par jour de la potion suivante :

Sirop de quinquina........	40 gr.
Sirop de terpine............	50 gr.
Sirop d'iodure de fer.......	60 gr.
Eau de menthe............	50 gr.

Lotions contre le prurit vulvaire.
(DE SINÉTY).

1° Acide phénique........	1 gr.
Acide thymique...........	2 gr.
Alcool	10 gr.
Eau	200 gr.

Faites dissoudre.

2° Chlorydrate de morphine	50 c.
Borate de soude...........	10 gr.
Eau chloroformée saturée	300 gr.

Faites dissoudre.

La cocaïne peut être également utilisée contre ce genre de démangeaisons. — Enfin Scanzoni recommande un liniment composé d'huile d'amandes douces 30 grammes, chloroforme 3 grammes.

REVUE DES MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

De l'iode comme topique utérin dans les infections puerpérales. — L'accoucheur doit assurer l'asepsie de la plaie utérine dans l'accouchement normal et son antisepsie dans la parturition laborieuse ou artificielle. Mais l'ennemi entré dans la place, quel moyen faut-il employer pour l'anéantir?

Il convient d'agir selon les circonstances. Parmi les antiseptiques, l'auteur donne sa préférence à l'iode en injections intra-utérines.

L'iode est un topique diffusible et pénétrant; son action nuit peu ou point à l'intégrité des tissus, à la faculté dialysante des cellules, pas plus qu'elle n'empêche l'exsudation naturelle, et l'issue à la sur-

face des micro-organismes et de leurs toxines.

Son emploi est indiqué dans de nombreuses circonstances : 1° prophylactique, il l'est sous forme de solution aqueuse à 3 p. 1000, dans le cas d'infection puerpérale possible (rupture prématurée des membranes, touchers répétés, mort du fœtus *in utero*, extraction artificielle du fœtus ou de l'arrière-faix, etc.) ;

2° Curatif, il l'est sous forme d'injection ou de topique. En injection utérine *post-partum*, ses effets sont très favorables, lorsque la température commence à dépasser 37°5, sans qu'on puisse en imputer la cause à un autre organe (tube digestif, mamelle). En topique, ses résultats sont très bons ; pour cela, sous forme de teinture, il doit être porté directement par frictions et attouchement sur toute la surface de l'endomètre ;

3° Enfin on l'applique avec succès, sous forme de topique, préalablement à tout curettage ou écouvillonnage ; on prévient ainsi une recrudescence d'infection liée à l'absorption des amas septiques dilacérés, par les vaisseaux veineux et lymphatiques artificiellement ouverts.

Dans aucune des vingt-quatre observations que l'auteur nous donne, il n'est question d'accidents iodiques ; est-ce une omission ou une série heureuse?

Ce problème n'est pas abordé, il est pourtant intéressant et pratique.

Zomothérapie. — Un examen des effets judicieux de la zomothérapie permet de conclure que ce traitement a surtout pour effet d'utiliser le fer organique contenu dans la viande, à la reconstitution de la provision d'hémoglobine (du sang appauvri. Il est plus logique, dès lors, d'administrer immédiatement aux malades l'hémoglobine elle-même, comme l'ont fait avec succès plusieurs médecins des hôpitaux : les Drs Letulle, Dujardin-Beaumetz, Péan, etc.

La viande fraîche donne, sous la presse, un jus marquant à l'hémochromomètre de Malassez, 1/2 pour 100 environ. Le sang normal ayant un pouvoir hémochromométrique de 1/12 pour 100, il s'ensuit que le jus de viande représenterait en quelque sorte une dilution de sang à 1 pour 25.

Le sirop d'hémoglobine concentré (Deschiens) marque 14° à l'hémochromomètre ; un calcul élémentaire indique, dès lors, qu'une cuillerée à café du dit sirop équivaut à une tasse de jus de viande et que la cuillerée à bouche représente 1/2 litre de jus de viande. On peut juger par ces chiffres de l'avantage énorme, au point de vue tolérance et économie, que présente l'administration du Sirop de Deschiens ou du Granulé du même auteur.

Traitement médical de l'appendicite (méthode d'Ochsner). — La statistique d'Ochsner, portant sur 300 cas, et celle de Mayo, qui se rapporte à un très grand nombre d'observations, montrent que la mortalité peut être réduite de 15 0/0 à 4 0/0, quand on suit rigoureusement les indications d'Ochsner.

Le patient, classé dans la catégorie des cas ne nécessitant pas une intervention chirurgicale, est traité de la manière suivante :

L'anesthésie des premières voies digestives (arrière-bouche et pharynx) est obtenue au moyen de la cocaïne ; l'estomac est lavé à plusieurs reprises, jusqu'à ce que les nausées, les vomissements et les éructations gazeuses cessent. Le calme établi de ce côté, fait cesser l'exagération du péristaltisme intestinal et vient en aide au mécanisme thérapeutique naturel d'immobilisation de la région iléo-cæcale. On supprime, bien entendu, toute alimentation par la voie stomacale ; le bouillon lui-même étant proscrit et ce repos de l'intestin éloignant l'éventualité d'un abcès. On se contente d'injecter dans le rectum une solution saline chaude, destinée à effectuer un lavage de cette portion du gros intestin ; on administre ensuite un lavement alimentaire, dont le volume ne doit pas excéder quatre onces. Ces opérations sont répétées quatre à six fois dans une période de vingt-quatre heures. On peut également, si le patient souffre trop de la soif, administrer en lavements une solution salée normale.

Pendant la durée de cette cure, les mouvements permis au malade doivent être absolument passifs. On pourra avoir recours aux applications locales, chaudes ou froides, sur l'abdomen, pour calmer les douleurs dans les paroxysmes. Ochsned emploie même quelquefois les sangsues.

Après quatre jours de cette cure d'observation, le bouillon peut être donné, mais en très petite quantité.

Dans une communication personnelle, Ochsner dit expressément

qu'il recommande ce traitement dans tous les cas où il semble probable que l'infection s'étend au delà de l'appendice et dans lesquels il n'y a pas d'abcès circonscrit.

Le traitement de l'impétigo par le nitrate d'argent (JACOBSOHN). — Le traitement par le nitrate d'argent est souverain dans l'impétigo vulgaire, lorsque l'infection est superficielle ; mais ses effets deviennent douteux dans les cas d'infection profonde.

D'après M. Jeanselme, le nitrate d'argent doit être employé dans tous les cas. Cette méthode peut être appliquée soit par des attouchements au crayon, soit par des badigeonnages avec une solution à 1/10.

La surface sur laquelle on l'applique doit être complètement décapée. Une seule application est généralement suffisante.

Quant aux inconvénients, ils sont de bien peu d'importance auprès des avantages obtenus. Ce sont les suivants : la douleur est assez forte; les petits enfants, et ce sont eux que frappe le plus souvent l'impétigo, supportent difficilement les cautérisations au crayon ; pour obvier à cet inconvénient, il vaut mieux le remplacer par la solution.

Un autre inconvénient, c'est la coloration noire que prend la peau, mais elle persiste très peu de temps.

Les contre-indications sont les suivantes : l'albuminurie, l'œdème sous-jacent et l'eczéma impétigineux. (*Thèse de Paris*, 1903.)

L'arsénite de cuivre dans la diarrhée. — L'arsénite de cuivre est indiqué, d'après C. S. Stewart, dans la diarrhée chronique plutôt que dans la diarrhée aiguë. Grâce à sa solubilité dans l'eau et à l'absence de toute saveur, il rend surtout des services dans le traitement des diarrhées chez les enfants. Son action thérapeutique est sans doute due à ce qu'il est en même temps tonique et astringent. Doses : 0 gr. 0006 en 24 heures.

Les poudres de viande en thérapeutique. — On a beaucoup médit des poudres de viande ; il est bien évident que, pour les personnes qui peuvent absorber un morceau de viande fraîche, la poudre de viande est un aliment inférieur, mais on n'a jamais pensé à vouloir opposer ces aliments pharmaceutiques à ceux que délivrent les cuisiniers. La vérité est plus favorable à ces préparations quand on les critique exactement en vue des services qu'elles sont appelées à rendre dans l'alimentation des malades, qui sont obligés d'absorber la nourriture azotée *sous un petit volume* ou *sous forme dissimulée*. A ce titre, les poudres de viande ont rendu et rendront encore d'éminents services, personne n'en doute.

Il y a mieux à dire, la préparation des poudres de viande est extrêmement délicate et souvent on a renoncé à ce genre d'aliment parce qu'on n'a pas su choisir. Adrian, qui a longuement étudié ce difficile problème, a montré que si l'on utilise la viande fraîche de pays (c'est sa *poudre dite de beefsteck*) on peut obtenir d'excellents produits, de bon goût et de bonne conservation, si la préparation est habilement faite. Sa *poudre de viande* ordinaire, de prix beaucoup moindre, en raison de son origine étrangère, convient bien à l'absorption sous forme dissimulée, elle est garantie aussi insipide et inodore que possible. On a donc le choix pour faire de l'alimentation artificielle, suivant que les moyens du malade permettent de se procurer l'un ou l'autre produit.

Le Pyrogallol dans les dermatoses :

1° Triacétate de pyrogallol ou *lénigallol*.

Poudre blanche, obtenue par M. H. Vreth et expérimentée par M. Kromayer ; insoluble dans l'eau, ayant une action manifeste sur les placards psoriasiques ou eczémateux au niveau desquels, sous l'influence des produits de sécrétion, il se décompose lentement, surtout s'il se trouve en présence de l'oxyde de zinc. Les plaques de psoriasis disparaîtraient rapidement lorsqu'on les tient recouvertes avec le mélange ci-dessous formulé :

Lénigallol..................	10 gr.
Pâte à l'oxyde de zinc.....	10 gr.
Lanoline...................	10 gr.

Mêlez. — Usage externe.

Les éruptions eczémateuses récentes cèdent à une pommade qui contient beaucoup moins de triacétate de pyrogallol et dont voici la formule :

Lénigallol...........	0,50 à 1 gr.
Pâte à l'oxyde de zinc	100 gr.

3° Disalicylate de pyrogallol ou eugallol.

A cause de sa teneur moindre en acide acétique, il est soluble dans l'eau et fortement irritant. On ne

peut l'employer couramment en dermatothérapie.

Cependant, en raison de sa consistance sirupeuse et de sa solubilité dans l'acétone, cette substance est susceptible de rendre des services, lorsqu'il s'agit d'exercer une action très énergique sur un point limité de la peau. On badigeonne alors cette région avec un mélange à parties égales d'eugallol et d'acétone. Après évaporation de l'acétone, le mono-acétate de pyrogallol reste sur la peau sous forme d'un enduit très adhérent et élastique.

3° Disalicylate de pyroglalool u *saligallol*.

Substance résineuse, nullement irritante, qu'on peut associer avec avantage à l'eugallol pour atténuer l'action trop intense de ce dernier, en se servant pour cela, par exemple, de la formule suivante

Saligallol	2 à 15 gr.
Eugallol	1 à 40 gr.
Acétone Q. S. pour faire	100 c. c.

4° M. Kromayer a aussi fait des essais thérapeutiques avec deux dérivés de la chrysarobine, dont l'un, la *lénirobine*, est un tétracétate analogue au lénigallol, et qui, du reste, s'emploie de la même façon; l'autre, l'*eurobine*, est un triacétate rappelant l'eugallol, suivant qu'on désire obtenir un effet plus ou moins intense, comme dans les deux formules suivantes :

Eugallol...............	10 à 50 gr.
Eurobine..............	1 à 20 gr.
Acétone ou chloroforme.	
Q. S. pour faire....	100 c. c.

Mêlez. — Usage externe.

Saligallol..................	5 gr.
Eurobine..................	1 gr.
Acétone....................	100 gr.

Mêlez. — Usage externe.

(BOCQUILLON, *Médicaments nouveaux*).

Un nouveau sel de mercure, le levurargyre. — M. Adrian a présenté à la *Société de Thérapeutique* du 22 juin un nouveau sel de mercure extrêmement intéressant. Il s'agit des préparations singulières obtenues d'après la méthode de Stassano, c'est-à-dire en fabriquant *biologiquement* des protéides mercuriels, par culture de levûres en présence de métaux divers. Dans l'espèce, la préparation obtenue par M. Adrian l'a été en cultivant de la levûre de bière en présence de quantités régulièrement croissantes de bichlorure de mercure. Quelque paradoxal que semble le phénomène, la levûre arrive à supporter des quantités relativements élevées de mercure. Le métal se fixe sur le noyau de la cellule et en traitant ensuite la levûre par un alcali, on isole le protéide mercuriel. Cette substance, qui renferme en même temps des phosphates organiques, a fourni des résultats très remarquables dans le traitement de la syphilis, avec cette caractéristique que l'action altérante et toxique des sels de mercures métalliques n'est point constatée. Dans le *levurargyre*, le mercure est dissimulé, et pour le déceler, il faut détruire la combinaison organique.

MACON, IMP. X. PERROUX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A PROPOS DE L'OCCLUSION INTESTINALE : CHEZ LA FEMME

M. E. Rochard, le distingué chirurgien de l'hôpital Tenon, nous donne dans le Bulletin général de thérapeutique la solution du problème suivant :

Il y a occlusion intestinale. — Est-ce une véritable occlusion ou une pseudo-occlusion ? Que faut-il faire ?

L'occlusion intestinale, à cause de la rapidité et de la gravité des accidents qu'elle détermine, demande de la part du chirurgien de la décision alliée à une certaine prudence. L'opération, comme on le sait, est particulièrement dangereuse et, il faut l'avouer, le plus souvent mortelle, ce qui se comprend quand on réfléchit qu'au milieu de masses intestinales distendues, il faut aller chercher un obstacle et le lever. Bien heureux encore, quand on trouve la cause de l'arrêt des matières et des gaz et quand on n'est pas obligé, après une laparotomie, de finir par l'établissement d'un anus contre nature.

La gravité de l'opération n'est, du reste, dépassée que par l'inéluctable issue de la maladie, et aussi faut-il la faire et la faire vite avant que les lésions ne soient devenues irréparables ; c'est pour cela que j'ai dit qu'il fallait de la décision ; mais avant de recourir à l'intervention, il faut avoir mis rapidement en œuvre tous les moyens qui permettent sans danger d'essayer de lever l'obstacle, et c'est ici qu'intervient la prudence qui consiste à n'avoir recours au bistouri que comme à une dernière ressource.

Le chirurgien, pour ne pas perdre de temps, pour ne pas tergiverser, doit donc avoir sa ligne de conduite toute tracée et le premier problème qui se pose à lui, est de savoir s'il est en face d'une véritable occlusion par obstacle mécanique, ou vis-à-vis d'une occlusion incomplète par paralysie intestinale, de ce qu'on peut appeler une *pseudo-occlusion*, ou bien encore d'une occlusion chronique. On peut faire cesser la pseudo-occlusion en s'attaquant directement à la maladie qui lui a donné naissance. Elle se rencontre dans plusieurs affections de l'abdomen qui donnent lieu à une infection péritonéale. Cette péritonite produit une paralysie intestinale qui, à son tour, entraîne l'arrêt des matières et des gaz.

Pour prendre un exemple, je vais citer une attaque d'appendicite grave, avec retentissement considérable sur le péritoine. La malade — car c'est chez la femme que le problème est le plus complexe — arrive à l'hôpital avec des vomissements opiniâtres qui d'alimentaires sont devenus bilieux et peuvent même à la fin devenir fécaloïdes. Quand on l'examine, elle a le faciès anxieux ; les traits tirés ; la voix est cassée et c'est avec peine qu'elle répond à vos questions.

Vous pouvez cependant apprendre que, depuis trois, quatre jours

ou plus, elle n'a pas eu de garde-robes et que depuis plus de vingt-quatre heures, elle n'a pas rendu de gaz par l'anus.

Si on s'arrête à ce premier examen, on est amené à faire le diagnostic d'occlusion intestinale ; mais si on pousse un peu plus loin ses recherches, on peut découvrir que la malade a de la défense abdominale, que la douleur, quoique se montrant sur tout le ventre, est plus intense à la pression au niveau du point de Mac Burney, que dans son passé pathologique il y a un mauvais état de l'intestin et même de petites crises appendiculaires. Bref, on arrive ainsi au diagnostic d'appendicite qu'on opère et, l'appendice enlevé, le péritoine drainé, les accidents d'occlusion intestinale cessent. Il m'est arrivé plusieurs fois d'opérer ainsi des malades qui m'étaient adressés avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Ce que je viens de dire là est vrai, bien entendu, pour toutes les péritonites causées par une infection grave : pour les péritonites par perforation par exemple ; pour celles déterminées par la rupture d'une salpingite, d'un kyste de l'ovaire ou d'une grossesse extra-utérine ; ce que j'ai voulu mettre en lumière, c'est l'importance du diagnostic qui permet de s'adresser directement à la cause en faisant une incision à droite quand c'est l'appendice qui est en jeu, une laparotomie sous-ombilicale quand le toucher vaginal et l'examen clinique font penser à une salpingite rompue, et une incision médiane sus-ombilicale quand on croit que c'est à une perforation de l'estomac ou du duodénum qu'on a affaire.

Il ne faut pas oublier, non plus, qu'une affection assez peu connue, la pancréatite hémorragique aiguë, donne lieu à des symptômes de pseudo-occlusion et peut prendre les allures d'un étranglement interne siégeant sur l'intestin grêle. On pourra différencier ces deux maladies l'une de l'autre, non seulement à l'aide des signes que nous donnons plus loin de la pseudo-occlusion ; mais encore à ce fait que si la mort n'arrive pas très vite , on assiste en général à l'évolution d'une péritonite localisée à la partie supérieure de l'abdomen et se traduisant par les symptômes d'un abcès tendant à se faire jour à travers les anses intestinales au niveau de la paroi abdominale antérieure.

Je ne veux pas m'étendre sur les symptômes de chacune de ces maladies, symptômes qui sont connus, du reste, car cela m'entraînerait trop loin. Le point important à retenir est le suivant : *Est-on en présence d'une occlusion vraie par obstacle mécanique ou en face d'une pseudo-occlusion ?*

En faveur de cette dernière, outre les indications tirées de l'exploration des organes qui ont pu lui donner naissance, il faut signaler certains petits signes, certaines remarques qui peuvent mettre sur la voie.

En étudiant bien sa malade, on peut constater que, dans la grande majorité des cas, les accidents ne se sont pas montrés aussi foudroyants que dans l'occlusion intestinale complète ; c'est ainsi qu'en

insistant sur l'interrogatoire on découvre que la rétention gazeuse n'est pas absolue ou que si elle l'est à l'heure actuelle, elle l'est depuis peu et s'est montrée petit à petit. Les vomissements ont aussi des caractères particuliers ; au lieu d'être rapidement fécaloïdes comme dans l'étranglement interne, ils ont suivi une gravité ascendante. Ils ont commencé par être alimentaires pour devenir bilieux. Ils sont restés verts quelque temps et ne sont devenus fécaloïdes qu'à la dernière période. Enfin, l'état du ventre peut aussi donner quelques indications. L'abdomen est, en effet, plus plat dans les débuts de la pseudo-occlusion qu'il ne l'est dans l'occlusion intestinale complète. Ce n'est que plus tard qu'il se ballonne, et ce ballonnement est presque toujours moins considérable que dans la rétention stercorale par cause mécanique.

Ce sont là, comme on le voit, des renseignements bien difficiles à apprécier, qui ne peuvent donner que des présomptions, mais en matière d'occlusion intestinale il faut se contenter de ce qu'on trouve et ne pas se montrer difficile. On peut même opérer avec des signes évidents d'appendicite, croire à une pseudo-occlusion et se trouver en face d'un véritable étranglement interne. L'observation curieuse que je vais résumer et que j'ai déjà citée ailleurs en est un exemple.

Cela se passait il y aura bientôt sept ans quand j'étais encore chirurgien du bureau central.

Le 23 octobre 1897, je fus appelé à l'hôpital Necker auprès d'un homme de trente-neuf ans, entré le 20 du même mois dans le service du Dr Barth. Il avait été pris la veille de douleurs abdominales sans localisation bien marquée et de vomissements porracés abondants. Dès le début des accidents il y avait eu suppression des selles et des gaz ; mais un lavement donné dès son entrée avait amené une garde-robe. Quand je vis le malade, les vomissements étaient noirs, le pouls petit, très fréquent, la température à 38°, le ventre était ballonné, *douloureux surtout à droite* où on sentait une *tuméfaction dans la fosse iliaque.*

Devant ces deux derniers signes, je portai le diagnostic d'appendicite et je pratiquai une incision parallèle à l'arcade crurale. Le péritoine ouvert, il s'écoula un liquide louche, séro-purulent. Je cherchai l'appendice qui adhérait à la paroi, le décollai ; puis je le reséquai, il était augmenté de volume et enflammé sur toute la surface. Une anse intestinale voisine et coudée fut attirée dans la plaie et débarrassée des fausses membranes qui la recouvraient. Croyant avoir fait le nécessaire, j'établis un large drainage et je refermai le ventre.

Les accidents continuèrent néanmoins ; le malade mourut le lendemain et l'autopsie montra un gros cordon noirâtre, tordu sur lui-même deux ou trois fois, et qui contournait en l'étranglant une anse d'intestin grêle. Ce cordon, gros comme le pouce, était un diverticule de Meckel s'insérant sur l'iléon à 1 mètre de la valvule iléo-cæcale.

J'avais donc omis de lever l'étranglement ; mais j'avais trouvé une collection séro-purulente avec un appendice malade et je pouvais croire que c'était là la cause des accidents. J'aurais pu insister sur l'inspection de l'anse revêtue de fausses membranes en en attirant une plus grande longueur au dehors ; mais j'avais peur de rompre des adhérences localisant l'abcès, et les fausses membranes n'avaient pas lieu de m'étonner, car on en trouve souvent tapissant les foyers appendiculaires. Enfin la suppression, dès le début de la maladie, des gaz et des garde-robes auraient pu attirer mon attention ; mais c'était là peu de chose en comparaison des lésions que j'avais sous les yeux. Tout ceci ne fait que prouver une fois de plus la difficulté de la conduite à tenir dans l'occlusion intestinale et la nécessité qu'il y a de ne rien négliger qui puisse aider au diagnostic.

Il est encore une autre espèce d'occlusion incomplète, dite occlusion chronique. qu'il faut connaître : je veux parler des poussées d'occlusion aiguë qui se produisent chez les malades atteints de rétrécissement néoplasique du tube intestinal. Ces malades peuvent présenter un arrêt complet des matières et des gaz qui peut forcer à l'intervention, quand les accidents continuent ; mais la rétention peut n'être que momentanée, et les accidents calmés, le chirurgien a le temps de faire son diagnostic, de réfléchir à son intervention et de la pratiquer à son moment dans de bonnes conditions, c'est-à-dire lorsque le ballonnement du ventre a disparu par l'effacement des anses intestinales.

J'ai encore présent à la mémoire le souvenir d'un homme âgé de cinquante-deux ans qui, faisant sa promenade habituelle, fut pris brusquement dans le ventre « d'une douleur à en mourir ». Il alla pourtant à la garde-robe ce jour-là, mais petitement. Le lendemain la constipation s'établit, mais le malade rendit des gaz. Le troisième jour, il prit de l'huile de ricin sans effet, mais eut encore un gaz le soir. Le cinquième jour je fus appelé et constatai une occlusion complète, sans vomissements toutefois : je décidai l'intervention pour le lendemain.

En arrivant pour opérer, je trouvai mon malade ne souffrant plus, ayant rendu quantité de gaz par l'anus et continuant à en émettre devant moi. Je sursis donc à l'opération. Le septième jour il y eut une garde-robe, mais les accidents reparurent et je dus intervenir le dixième jour ; je trouvai un cancer annulaire enserrant la fin de l'S iliaque et le commencement du rectum.

Dans cette observation, l'occlusion est devenue de plus en plus complète et il a fallu opérer ; mais dans d'autres cas les accidents peuvent s'amender. et il est bon de ne pas trop se presser. Comment reconnaître cette espèce d'occlusion, dite occlusion chronique ? Elle se rencontre en général chez les néoplasiques. c'est-à-dire chez les malades qui ont dépassé la quarantaine, qui ont eu quelquefois des crises légères de rétention stercorale, qui peuvent présenter

des matières fécales ovillées ou laminées, comme on le voit chez les gens atteints de rétrécissement intestinal. Le toucher pourra quelquefois faire découvrir un néoplasme du rectum plus ou moins haut placé, ou bien la palpation de l'S iliaque montrera une tuméfaction qui permettra de faire le diagnostic. Elle peut se rencontrer encore, cette occlusion chronique, chez des malades opérés antérieurement d'appendicite et ayant suppuré, chez des femmes opérées ou non de salpingite ; car dans ces cas, une coudure, une bride peuvent diminuer petit à petit le calibre de l'intestin et, avant d'arriver à produire une occlusion aiguë, donner lieu à des constipations opiniâtres.

Enfin, pour en finir avec l'étude des rétentions stercorales incomplètes, je citerai encore les cas dans lequel le gros intestin est rempli de matières dures qui forment de véritables corps étrangers et qui bouchent presque complètement toute la lumière du côlon. On peut quelquefois sentir les masses par une palpation attentive de l'abdomen et les voir se déplacer sous l'influence d'une thérapeutique appropriée ; mais il faut faire une thérapeutique active, car il y a des malades chez lesquels ces espèces d'entérolithes déterminent de l'occlusion complète et forcent à une intervention, ainsi que je l'indiquerai dans un prochain article. Les purgatifs répétés, l'entéroclyse, le massage et au besoin le lavement électrique permettent d'arriver à déboucher totalement le gros intestin.

Les calculs biliaires, qui, trop volumineux pour passer par le cystique, se sont créé une voie en ulcérant la vésicule et l'intestin, peuvent donner lieu à la même série d'accidents ; ce sont des corps étrangers qui déterminent l'occlusion complète s'ils sont trop gros, mais qui ne produisent que de l'occlusion chronique, quand leur volume leur permet de franchir la valvule de Bauhin. Dans ces cas, on pourra faire assez souvent le diagnostic à l'aide des signes que nous indiquerons plus loin à propos de l'occlusion intestinale aiguë.

En terminant, j'insisterai donc à nouveau sur ce point capital du problème à résoudre et qui est le suivant : Est-on en présence d'une occlusion complète totale, d'une pseudo-occlusion par paralysie intestinale, ou d'une occlusion incomplète dite occlusion chronique ? Car de la réponse à cette question dépend la thérapeutique à établir.

OBSTÉTRIQUE

DE LA SYMPHYSEOTOMIE

Par le Dr Tournay
Professeur d'accouchements à la Maternité de Bruxelles. (1)

Messieurs, je n'ai pas l'intention de vous faire l'historique complet de la symphyséotomie ; je me contenterai de vous rap-

(1) Communication faite à la Société Médico-Chirurgicale de Brabant.

peler qu'elle a été imaginée par J.-R. Sigault, en 1768, et pratiquée par lui pour la première fois à Paris, le 30 septembre 1777. Cette opération donna lieu à de violentes polémiques et fut alternativement délaissée et reprise ; c'est à l'Ecole de Naples qu'elle continua à être en honneur et trouva un champion ardent en Marisani, qui la pratiqua pour la première fois en 1879. Grâce à l'antisepsie, les succès obtenus par cette opération devinrent éclatants ; elle fut reprise en France et pratiquée pour la première fois à Paris par Pinard, le 4 février 1892, à la clinique Baudelocque.

Comme vous le savez, le but de la symphyséotomie est d'obtenir, par l'écartement des os iliaques, un agrandissement de tous les diamètres du bassin et particulièrement de l'antéro-postérieur, celui qui est le plus souvent rétréci. Il résulte des expériences cadavériques qui ont été faites à diverses époques et de nombreux faits cliniques que les os iliaques, après l'incision du cartilage pubien, peuvent s'écarter l'un de l'autre de 5, 6 et même 7 centimètres sans occasionner de lésions au niveau des articulations sacro-iliaques, et que cet écartement donne en moyenne 2 et même 3 centimètres d'agrandissement du diamètre antéro-postérieur, si l'on tient compte de ce que, la tête étant engagée en position transversale, la bosse pariétale antérieure vient se placer dans l'espace inter-pubien. Il en résulte que la symphyséotomie faite sur un bassin de 7 centimètres permet le passage d'une tête fœtale, on peut même intervenir avec succès dans un bassin aplati de 6, 5 centimètres.

La symphyséotomie a le grand avantage d'être une opération très simple, nécessitant peu d'aides expérimentés et très peu d'instruments. Il faut un aide pour pratiquer l'anesthésie chloroformique et un autre pour passer les instruments et faire l'hémostase ; une accoucheuse ou une garde-couches bien dressée à la pratique de l'antisepsie, pourrait remplacer ce deuxième aide ; l'accoucheur pourrait même, en cas d'urgence, se passer de celui-ci. Deux autres aides quelconques tiendront les jambes de la femme.

Quant aux instruments, je n'emploie ni la faucille de Galbiati, ni le bistouri recourbé de Pinard, je me sers d'un bistouri ordinaire et de ciseaux droits ; j'ai évidemment à ma disposition quelques pinces hémostatiques, une pince à dissection, une aiguille de Reverdin ou de Mooy et un forceps. Je ne vous parlerai pas des soins préliminaires qui sont les mêmes dans tous les accouchements et dans toutes les opérations faites sur les organes génitaux externes ; je vous recommanderai seulement de ne pas oublier le cathétérisme de la vessie.

La femme anesthésiée est placée sur le bord d'une table ou en travers du lit, les deux jambes pliées sur les cuisses et maintenues par deux aides. L'opérateur fait sur la ligne médiane, à un travers de doigt au-dessus du bord supérieur du pubis, une incision d'abord

verticale et qui doit dévier à gauche dès qu'elle arrive au niveau du clitoris en se prolongeant assez bas ; la longueur de cette incision dépendant de la hauteur du pubis (de 3 à 5 centimètres en moyenne). Lorsque le tissu cellulo-adipeux a été incisé à fond, je décolle soit avec l'extrémité de l'index, soit avec le manche du bistouri, soit avec des ciseaux le tissu lamelleux qui se trouve placé au-devant du pubis, et je le détache de chaque côté, de façon à bien découvrir la face antérieure et médiane du pubis. C'est ainsi que j'agis lorsque je fais l'incision de la paroi abdominale, je vois plus clair, surtout chez les femmes grasses, et je la retrouve plus facilement lorsque je dois en faire la suture à points séparés.

J'allai oublier de vous dire que je détache aussi le ligament suspenseur du clitoris, que je déjète cet organe en bas et en détache avec le doigt les racines, jusqu'à ce qu'elles me permettent d'introduire sous le pubis l'extrémité de l'index. Puis à l'aide d'une petite boutonnière faite de chaque côté de la ligne blanche, si le doigt n'est pas parvenu à s'insinuer autrement, j'introduis l'index gauche derrière le pubis au-devant de la vessie, jusqu'à ce qu'il rencontre mon index droit placé dans le vestibule, c'est-à-dire dans l'espace qui se trouve entre la symphyse et l'urèthre. Cette manœuvre s'exécute facilement, la face antérieure de la vessie n'étant séparée du pubis que par du tissu cellulo-graisseux, lâche, lamelleux et formant une véritable cavité (de Retzius) qui s'explique par les mouvements incessants de l'organe qui se vide et se remplit constamment. De cette façon, le plexus de Santorini, qui déjà chez la femme est moins développé que chez l'homme, est écarté et refoulé en arrière et l'urèthre est protégé, à tel point qu'il est inutile d'y introduire une sonde pour l'écarter.

Lorsque je me suis assuré de l'isolement complet de la symphyse, et j'attache une grande importance à cet isolement, je recherche l'interligne articulaire dont le plus souvent le fibro-cartilage se reconnaît aisément à son aspect luisant, si l'on a eu soin d'éponger vigoureusement les parties profondes ; si pas, la pointe du bistouri a tôt fait de le découvrir. Je fais alors sur ce cartilage, et de haut en bas, une incision peu profonde, véritable tracé pour les ciseaux mousses qui achèvent alors la section de haut en bas et d'avant en arrière, de façon que l'écartement des pubis forme d'abord un V ouvert en haut et dont le sommet est formé par le ligament triangulaire ou sous-pubien. Alors l'indicateur, qui protégeait la vessie pendant ce temps de l'opération, passe à travers l'interligne articulaire et se place au-dessous et en arrière du ligament sous-pubien, la face palmaire du doigt regardant en avant. Je détache ensuite le ligament à petits coups de ciseaux, fibres par fibres, de bas en haut et d'avant en arrière, en recommandant bien aux aides de soutenir les jambes de façon à s'opposer à l'écartement trop grand du pubis ; cet écartement se produirait infailliblement, s'ils avaient la

moindre distraction au moment du ressaut caractéristique que produit la section des dernières fibres du cartilage. Pendant tout le temps que dure l'opération, ces aides ne peuvent d'ailleurs être le moins du monde distraits.

Je viens de vous dire, Messieurs, que j'achevais avec des ciseaux mousses l'incision commencée avec un bistouri pointu. J'ai adopté cette méthode depuis le jour où je me suis trouvé en présence de grandes difficultés pour sectionner le cartilage inter-pubien. Il s'agissait d'une femme rachitique dont les bords antérieurs du pubis avaient chevauché l'un sur l'autre ; bien plus, entre les surfaces articulaires il existait des trubécules osseux assez nombreux et épais. Pendant qu'on faisait bouillir une scie à chaîne, j'essayai de sectionner ces trubécules osseux à l'aide de ciseaux mousses ; j'y parvins sans la moindre peine, alors que mon bistouri s'était trouvé impuissant à produire cette section. Dès lors, j'adoptai pour tous les cas de symphyséotomie la méthode *des ciseaux*, que je ne saurais trop recommander ; elle simplifie singulièrement l'opération et ne nécessite aucune instrumentation spéciale.

Dans les cas, qui doivent être excessivement rares, où l'ossification du cartilage rendrait impossible la section de la symphyse à l'aide de ciseaux, j'aurais recours à une scie à chaîne, une grosse sonde cannelée protégeant les parties profondes.

Dès que la section du fibro-cartilage inter-pubien est terminée, je recouvre la plaie de gaze iodoformée et je termine l'accouchement par une application de forceps ; je pratiquerais la version s'il s'agissait d'une présentation pelvienne ou transversale.

Certains opérateurs préfèrent l'expulsion spontanée du fœtus. Cette façon d'agir ne me paraît pas rationnelle ; non seulement il est dangereux de prolonger l'anesthésie chloroformique chez une femme souvent épuisée par un long travail, mais encore il y a intérêt pour le fœtus à ne pas prolonger la période d'expulsion. Il est bien entendu que si le travail d'expulsion paraissait vouloir se faire spontanément, et cela dans les cas où la tête fœtale n'est pas trop volumineuse proportionnellement aux dimensions du détroit supérieur, l'accoucheur aurait pour devoir de ne pas intervenir.

Afin d'éviter que les parties molles de la région antérieure ne soient soumises à une distension trop considérable et ne finissent par se rompre, il est utile de dégager la tête transversalement, tant qu'elle traverse le bassin osseux ; mais, lorsque la tête a franchi le détroit inférieur, je fais rapprocher les cuisses de la femme et conséquemment les pubis et je dégage la tête en ramenant l'occiput en avant ou plutôt dans le sens du diamètre oblique de la vulve ; je pense que de cette façon les parties molles sont mieux soutenues et moins disposées à se rompre.

En attendant la sortie de l'arrière-faix, les aides maintiennent

les pubis en contact. Dans le cas où la délivrance tarderait longtemps à se produire, on la pratiquerait artificiellement.

Je pense qu'il est inutile de vous dire, Messieurs, que dans tout le cours de cette opération les soins antiseptiques doivent être plus rigoureux que jamais.

Dès que la délivrance est faite, j'enlève la gaze iodoformée qui a été placée entre les pubis et je procède à la suture de la plaie opératoire. J'emploie des fils de soie et je place trois ou quatre points de suture profonds, c'est-à-dire traversant les parties molles jusqu'au niveau de la surface antérieure des pubis ; entre ces sutures profondes, je place quelques points de suture superficiels avec de la soie ou du catgut.

Avant de rapprocher complètement les pubis et de suturer les parties molles, j'ai recours à une petite manœuvre que je n'ai vu signaler dans aucun ouvrage d'obstétrique et qui consiste à attirer l'utérus en haut et en arrière par l'hypogastre, de façon à attirer en même temps la vessie et à éviter ainsi son pincement entre les surfaces osseuses ; un aide est chargé de cette manœuvre.

Je tiens à ajouter qu'avant de serrer les fils qui doivent rapprocher les parties molles, je place sous eux une petite mèche de gaze iodoformée qui assure le drainage des liquides qui pourraient s'accumuler entre les pubis et derrière eux ; j'enlève ce drain au bout de vingt-quatre heures.

La plaie est ensuite saupoudrée d'iodoforme et recouverte de gaze iodoformée et d'ouate sublimée. Puis je maintiens tout le pansement à l'aide d'une large ceinture solidement épinglée ; cette ceinture doit descendre plus bas que les trochanters, de façon qu'elle ne puisse remonter. Les membres inférieurs sont immobilisés à l'aide de deux serviettes, l'une placée au-dessus des genoux, l'autre au-dessus des malléoles.

Pour procéder aux toilettes vulvaires et aux injections vaginales, de même que pour permettre la miction et la défécation, la femme est placée sur un bassin de lit, ou mieux sur le bord du lit ou d'une table et les jambes étendues et toujours rapprochées l'une de l'autre sont relevées. De cette façon, les pansements se font avec la plus grande facilité et sans la crainte d'écarter les surfaces articulaires.

Les points de suture sont enlevés le septième ou le huitième jour. Après dix à douze jours la femme peut s'asseoir dans son lit, vers le quinzième jour, elle est portée dans un fauteuil, vers le dix-huitième, elle se promène dans la chambre et, après trois semaines, elle peut quitter la Maternité ; après quatre semaines, elle peut se promener au dehors.

Vous voyez, Messieurs, que la symphyséotomie est une opération facile à exécuter. Est-ce à dire qu'elle est exempte d'accidents ? Nullement ; mais ils sont rares si elle est pratiquée suivant une bonne technique.

Quels sont les accidents imputés à la section symphysienne ? L'hémorrhagie, la déchirure des parties molles : vessie, urèthre, vulve, vagin ; les lésions des articulations sacro-iliaques ; et, plus tardivement, l'incontinence d'urine et l'absence de consolidation des pubis amenant une certaine gêne dans la marche.

L'hémorrhagie, provenant de la déchirure du plexus de Santorini, ne se produit pas si la symphyse est bien isolée et si le doigt est placé derrière elle de façon à préserver les tissus profonds. Si d'ailleurs il se produisait une perte de sang un peu sérieuse, un tamponnement à la gaze iodoformée en aurait vite raison. Si la perte de sang, sans être inquiétante, gênait l'opérateur, il suffirait, avec deux doigts placés dans le vagin, d'appliquer sa surface antérieure pendant quelques instants contre la face postérieure des pubis, pour la voir cesser très rapidement.

Sur les trente opérations dont je vais vous exposer les résultats, il n'est survenu qu'une seule hémorrhagie sérieuse qu'un tamponnement a fait immédiatement cesser.

Si le plexus caverneux du clitoris venait à se déchirer et qu'une hémorrhagie survînt, une ligature en masse l'arrêterait bientôt.

Je vous ai indiqué plus haut quelles sont les précautions à prendre pour éviter la distension et la déchirure des parties molles de la région antérieure. Cet accident n'est d'ailleurs survenu qu'une fois sur les trente cas relatés ; l'incision cutanée que j'avais faite s'est prolongée et s'est étendue à l'orifice vulvaire ; l'écoulement sanguin fut minime et la réparation fut faite après la délivrance.

Quant aux lésions des articulations sacro-iliaques, elles ne pourraient se produire que dans le cas où l'écartement des pubis dépasserait 7 centimètres, ce que l'on peut facilement éviter.

L'incontinence d'urine ne s'est produite qu'une fois et n'a été que passagère. L'absence de consolidation des pubis n'a pas été constatée, et cependant j'ai eu dans mon service de la Maternité un cas où elle aurait pu se produire.

Une malade très indisciplinée a enlevé sa ceinture et ses liens le huitième jour après l'opération et s'est levée pour aller sur le vase ; malgré mes réprimandes, elle a récidivé deux jours après. La symphyse pubienne s'est quand même consolidée et il n'en est résulté aucune gêne dans la marche. Je l'avais priée de venir aujourd'hui à notre séance ; malgré ses promesses, elle s'est dérobée.

La femme que j'ai l'honneur de vous présenter a subi une première fois la symphyséotomie en 1900 ; les eaux étaient rompues depuis deux jours lorsque l'opération a pu être faite, les battements du cœur fœtal étaient à peine audibles ; l'enfant est venu mort-né. Opérée pour la seconde fois, le 10 août 1902, elle a eu le bonheur d'avoir un enfant vivant, pesant 4 kil. 485 grammes et

dont le diamètre B. P. mesurait 10 centimètres 1/2 ; elle a quitté la Maternité le 4 septembre, complètement guérie. Le diamètre conjugué vrai de son bassin mesure 8 à 8,5 centimètres.

La symphyséotomie a-t-elle une supériorité sur l'opération césarienne ? Je suis d'accord avec presque tous les accoucheurs pour préférer la première à la seconde dans les cas où la mère a subi des applications de forceps et ceux dans lesquels on est obligé d'opérer dans un milieu défavorable ou encore lorsqu'il y a insuffisance d'aides convenablement stylés. Mais je ne partage pas l'opinion de ceux qui disent qu'en dehors de ces circonstances, ils donnent leur préférence à l'opération césarienne ; les motifs qu'ils invoquent à l'appui de leur manière de voir ne me paraissent pas péremptoires.

En Allemagne, la symphyséotomie est, il est vrai, tombée en discrédit ; mais vous savez tous, Messieurs, qu'en Allemagne les accoucheurs n'appliquent pas le forceps lorsque le sommet est mobile au-dessus du détroit supérieur, tandis qu'en France et ici ils l'appliquent dans ce cas avec le plus grand succès. Or, comme la symphyséotomie succède souvent à des applications infructueuses du forceps, on conçoit que les Allemands soient moins que nous partisans de cette opération. Je pense qu'à Paris la symphyséotomie est peut-être trop souvent pratiquée ; mais les résultats brillants qu'elle donne ne démontrent pas moins les grands avantages de cette opération. Je crois, avec M. le professeur Pinard, que la symphyséotomie est une bonne opération, et, là où elle est praticable, c'est-à-dire dans les bassins dont le détroit sacro-pubien est supérieur à 6,5 ou 7 centimètres, je lui donne la préférence sur l'opération césarienne.

Certes, l'opération césarienne est une opération qui donne de très beaux résultats, lorsqu'elle est pratiquée dans un milieu favorable et par des chirurgiens habiles ; mais, en dehors des services spéciaux et des instituts privés, ces deux conditions se rencontrent rarement ; en outre, la symphyséotomie qui se fait à ciel ouvert, tout aussi bien si pas mieux que la césarienne, a sur celle-ci l'avantage de laisser le péritoine intact et de ne pas nécessiter le séjour à demeure dans la cavité péritonéale de fils dont l'asepsie ou l'antisepsie ne peut être garantie d'une manière absolue.

Sur les trente cas de symphyséotomie, dont je vais vous exposer les résultats, il n'a été constaté aucun cas de septicémie ni de décès opératoire. Les deux décès signalés ne sont nullement imputables à l'opération. Dans le premier cas, la femme opérée par M. Cocq, dans le service de M. Kufferath, a succombé le dix-huitième jour d'embolie. Dans le second cas, il s'agissait d'une femme qui m'a été envoyée par un confrère de la province : la malheureuse, dénuée de ressources, était en travail depuis cinq jours ; elle avait fait quatre heures et demie de chemin de fer et avait erré ensuite pendant deux heures dans les rues de Bruxelles

avant d'entrer à la Maternité. Le lendemain de l'opération, qu'elle avait très bien supportée, elle mourrait subitement, sans doute d'épuisement, peut-être par embolie. L'enfant vivant pesait 4 kil. 560 grammes.

Ne sont-ce pas là des résultats bien encourageants ? Aussi, sans me laisser traîner à la remorque d'aucune école, je considère comme un devoir de dire bien haut à mes confrères que, non seulement dans certains cas cités plus haut, mais encore dans les cas où le milieu est favorable, dans mon service de la Maternité, je préfère la symphyséotomie à la césarienne et je ne suis partisan de celle-ci que dans les bassins dont le diamètre pubio-sacré est inférieur à 6,5 centimètres.

Je termine, Messieurs, en vous exposant les résultats obtenus dans trente cas de symphyséotomie :

Professeur Kufferath, 11 cas avec 0 décès de la mère et 8 enfants vivants ;

Professeur Tournay, 11 cas avec 1 décès de la mère (accidentel) et 9 enfants vivants ;

Dr Cocq, 5 cas avec 1 décès de la mère (accidentel) et 3 enfants vivants ;

Dr Baudoux, 3 cas avec 0 décès de la mère et 3 enfants vivants.

Total, 30 cas avec 2 décès de la mère et 23 enfants vivants.

La proportion des enfants morts pourrait, à première vue, paraître considérable ; il n'en est rien. L'un est mort le lendemain de l'accouchement (Kufferath), un autre plusieurs jours après l'accouchement à la suite d'un abcès (Cocq), un autre après un accouchement prématuré et un travail de six jours (Tournay), un autre encore après la rupture prématurée de la poche amniotique et un travail de deux jours (Tournay).

Restent trois décès d'enfants qui ne peuvent être imputés à l'opération, mais qui sont dus plutôt à la lenteur du travail et à l'application du forceps.

Vous le voyez, Messieurs, les résultats de la symphyséotomie sont aussi brillants pour la mère que pour l'enfant ; aussi, encore une fois, je la recommande très chaudement à tous nos confrères.

TRAVAUX ORIGINAUX

HÉRÉDITÉ ET TUBERCULOSE

par le Dr H. Zilgien,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

La clinique ne pose pas habituellement le problème étiologique de la tuberculose de façon aussi simple que le laisse supposer la théorie contagionniste.

Voici, entre autres, une jeune fille de 20 ans qui présente une induration tuberculeuse du sommet droit avec tous les symptômes

habituels à ce processus morbide. Dans ses antécédents personnels, l'on ne trouve qu'une rougeole survenue à l'âge de trois ans et dont l'évolution semble avoir été normale. A l'âge de 17 ans, elle entre dans un atelier de couture composé d'une pièce étroite et assez basse pour que, dit-elle, en montant sur un tabouret, il soit possible de toucher le plafond avec la main; en outre cette chambre n'a qu'une fenêtre ouverte sur une cour étroite, et cependant quatre ouvrières y travaillent. L'une de celles-ci tousse depuis longtemps, crache non par terre, mais dans son mouchoir, et depuis deux mois environ, elle garde le lit. Or c'est, il y a six mois à peu près que la jeune fille qui nous occupe sentit les premières atteintes de sa maladie actuelle. Il semble donc ressortir d'une façon évidente, de tous ces faits, que nous sommes ici en présence d'un exemple indiscutable de contagion.

Cependant, les antécédents héréditaires de cette malade rendent cet exemple moins probant : sa mère est morte, à l'âge de 41 ans, d'une maladie de poitrine qui dura deux années environ, et un de ses frères mourut de méningite vers l'âge de cinq ans.

Ce cas, qui se rencontre quotidiennement, nous pose le problème étiologique suivant :

Est-ce le contact journalier de cette jeune fille, héréditairement prédisposée, avec une phtisique qui a déterminé chez elle l'évolution tuberculeuse, ou bien celle-ci n'est-elle que le fait de l'hérédité développée sous la seule influence des mauvaises conditions hygiéniques?

A notre avis, c'est une solution intermédiaire qui doit être adoptée. La tuberculose, exception faite pour la contagion immédiate (inoculation), ne serait transmissible par contage médiat qu'autant qu'il existe une tare héréditaire manifeste, ce mot « manifeste » étant pris dans le sens que nous allons développer. L'hérédité serait par suite le premier et indispensable facteur de la contagion.

Cette étude sera surtout clinique, car lorqu'on examine la réponse donnée par la bactériologie et les milliers d'animaux sacrifiés dans le but de trouver la solution de ce problème, on est étonné de voir qu'elle n'est faite que de constatations et de déductions contradictoires.

Examinons rapidement si la contagion de la tuberculose par inhalation ressort manifestement des expériences faites à ce sujet. L'expérience de Cadéac et Mallet en constitue le type en quelque sorte classique à cause des conditions absolument normales dans lesquelles sont restés ces expérimentateurs. 46 animaux respirent des poussières bacillaires maintenues en suspension dans l'atmosphère par l'agitation continuelle : 2 seulement, dont les voies respiratoires étaient irritées, sont devenus tuberculeux (1).

A ces résultats, l'on a objecté que les animaux, ne respirant que

(1) Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888.

par le nez, sont par suite protégés contre la pénétration des poussières à l'intérieur des voies respiratoires. A l'appui de cette assertion, l'on donne d'abord l'expérience de Gallois et de Souza qui bouchent l'une des narines de l'animal et lui insufflent directement par l'autre, à l'aide d'une poire en caoutchouc, la poudre bacillaire. Mais agir ainsi n'est plus faire inhaler, c'est inoculer. L'on avance ensuite ce fait que le lapin et le cobaye ne présentent jamais d'anthracosis. C'est exact, mais pour des motifs différents que ceux cherchés dans le rôle filtrant du nez. En effet, ces animaux vivent habituellement dans des cages humides à l'abri des poussières ; de plus et surtout, les poumons de l'homme n'étant atteints d'anthracosis qu'à partir de la quinzième année au plus tôt, il serait extraordinaire que le cobaye et le lapin, dont la vie ne dépasse guère trois ans, en puissent présenter.

L'explication fournie par le rôle protecteur des narines n'est donc pas suffisante pour considérer comme sans valeur l'expérience négative de Cadéac et Mallet.

D'après les recherches de Fluëgge, ce serait surtout l'inspiration des très fines gouttelettes de salive que le tuberculeux projette en toussant ou en parlant à haute voix qui, par le fait qu'elles contiennent des bacilles, déterminent la contamination.

Ne s'agirait-il pas plutôt d'ingestion que d'inspiration ? Voici en effet ce que nous enseignent les livres de thérapeutique les plus récents au sujet des pulvérisations : « L'observation démontre qu'une quantité infinitésimale (de la poussière liquide directement projetée dans la bouche ou les fosses nasales) dépasse seule la glotte ; la plupart des sphérules liquides s'accumulent à la base de la langue et sont ensuite dégluties. »

Il est donc difficile d'admettre qu'une gouttelette liquide, même projetée par l'éternuement d'un phtisique, puisse être inhalée. Elle ne sera vraisemblablement qu'ingérée, et nous sommes ainsi conduits à examiner la théorie de von Behring.

Pour von Berhing, l'infection qui engendre la tuberculose pulmonaire chronique serait surtout d'origine alimentaire avec porte d'entrée habituelle en certains points de l'intestin. Sans cette première contamination, le danger d'infection tuberculeuse d'origine inhalatoire est, d'après cet auteur, absolument illusoire.

Un certain nombre de faits montrent que l'on peut, sans accidents tuberculeux consécutifs, ingérer pendant des mois du lait matériellement farci de bacilles de Koch. Cette théorie a en outre la statistique contre elle. « Entre la fréquence de la phtisie dans la race bovine et sa fréquence chez l'homme, il n'existe pas la moindre relation directe. En Suisse, par exemple, où il y a une moindre proportion de phtisiques (2,07 p. 1,000) que dans beaucoup d'autres pays d'Europe, le chiffre proportionnel de vaches tuberculeuses est plus élevé que dans la plupart des autres nations (55 p. 100) (1). »

(1) Simon de Unterberger, *Revue Internat. de la tuberculose*, 1902, n° 6.

De ces divers faits, l'on ne peut tirer qu'une conclusion, à savoir que, dans la majorité des cas, les bacilles tuberculeux ingérés passent inoffensifs dans l'organisme ainsi que le font d'ailleurs beaucoup d'autres bactéries au moment de la digestion. Toutes ces bactéries disparaissent enfin après cinq heures environ, moment où le sang redevient aseptique (1).

Cependant par le fait seul de l'hérédité tuberculeuse, aidée ou non par les causes dites prédisposantes, la nutrition de l'ensemble ou d'un seul de nos tissus se vicie de plus en plus si bien que ces tissus deviennent ainsi aptes, à un moment donné, à servir de terrain de culture au bacille de Koch qui, jusque-là, ne faisait qu'y passer à l'état nomade. L'hérédité entrerait la première en jeu pour préparer un terrain favorable à l'action du bacille qui, alors seulement, pourrait se manifester.

C'est ce que nous allons chercher à démontrer.

I. — La clinique nous montre que la tuberculose est essentiellement une maladie héréditaire. *Or l'hérédité est bien souvent plus difficile à découvrir qu'une source de contagion.*

En effet, en dehors des hérédités manifestes comme celle du cas que nous venons de rapporter, il y a des hérédités cachées que l'on peut ramener aux deux types suivants :

A. — Tuberculoses osseuses, articulaires, ganglionnaires, etc., chez les ascendants.

B. — Lésions tuberculeuses d'un organe, d'un poumon en particulier, guéries et permettant, non seulement la survie avec toutes les apparences de la santé, mais encore la procréation d'enfants prédestinés de ce fait à la phtisie.

Le premier type correspond à des lésions visibles, apparentes, mais sur lesquelles il est bien rare qu'insiste le médecin qui recherche les antécédents héréditaires d'un malade.

Le second type correspond à des lésions cachées que l'on ne peut découvrir qu'en procédant, par exemple, à l'auscultation des parents, à moins que depuis longtemps on ne soit le médecin d'une famille. En effet tout médecin a connu des sujets qui, à un moment de leur existence, ont présenté des signes de tuberculose pulmonaire et qui conservent pour le reste de leur vie des signes stéthoscopiques indélébiles d'une induration d'un sommet. Du mariage de ces tuberculeux guéris naîtront des enfants qui ingéreront comme tout le monde, des bacilles de Koch, mais qui, se distinguant du commun par ce fâcheux antécédent héréditaire, pourront présenter, un jour ou l'autre, une évolution tuberculeuse. Le médecin qui soigne cet enfant, qui ignore la lésion du père ou de la mère, croit ces parents lorsque, de bonne foi et ne se souvenant plus ou ignorant même cette tuberculose dont leur poumon ou un autre de leurs organes a été le siège, ils répondent : « Jamais il n'y a eu de poitri-

(1) Nocart. Influence des repas sur la pénétration des microbes dans le sang. *Semaine médicale*, 1895, n° 8, p. 63.

naire dans nos familles! C'est alors qu'on fait intervenir une cause de contagion toujours facile à trouver.

Comme exemples d'hérédité tuberculeuse correspondant à ces deux types, je rapporterai, entre autres, les deux observations personnelles suivantes.

La famille V... habitant une petite ville du pays annexé, était composée de deux frères dont la mère mourut phtisique en 1860. L'aîné se maria en 1866 et eut quatre enfants. En 1874, voulant contracter une assurance sur la vie, le certificat médical lui fut refusé pour cause de tuberculose pulmonaire dont il ne mourut d'ailleurs qu'en 1886, à l'âge de 47 ans. Un an avant, son fils aîné mourait phtisique à l'âge de 18 ans; son second fils fut refusé au conseil de revision allemand pour lésions tuberculeuses du poumon, ce qui ne l'empêcha pas de se marier, d'avoir des enfants et de gérer actuellement une importante industrie; son troisième fils, engagé conditionnel dans un régiment de cavalerie allemand, fut réformé pour tuberculose pulmonaire après sept mois de service; sa fille enfin est soignée depuis sept ans pour une laryngite chronique sur la nature de laquelle le médecin traitant, de qui je tiens ces renseignements, n'a pu être fixé.

. Le frère cadet du précédent, industriel en France, fut atteint, vers l'âge de 14 ans, d'une coxalgie. Il se maria en 1868 et eut deux filles. La plus jeune passa deux saisons à Davoz, en 1900 et 1901, pour une induration tuberculeuse du sommet droit.

L'an dernier, j'eus occasion de voir un jeune homme de 20 ans, fils unique, n'ayant jamais quitté sa famille et atteint d'une phtisie aiguë qui l'emportait en l'espace de huit mois. Aucune cause de contagion ne pouvait être invoquée d'une part; d'autre part les parents affirmaient que jamais il n'y avait eu de maladie semblable dans leur famille et leur aspect florissant de santé semblait un gage de l'exactitude de leur dire. Je les auscultai alors et je trouvai, chez la mère, les signes manifestes d'une ancienne induration tuberculeuse du sommet gauche. Pressée de questions, elle me dit avoir été anémique vers l'âge de 19 ans et n'avoir cependant jamais consulté de médecin pour cette maladie qu'un pharmacien traita par divers toniques. Que de tuberculoses sont étiquetées anémie et soignées comme telle, au plus grand avantage du malade d'ailleurs dispensé ainsi d'absorber des microbicides pernicieux surtout aux fonctions digestives !

Le Dr Benkard qui, pendant 34 ans, exerça la médecine à Kaysersberg (Alsace) où il avait succédé à son père, m'a rapporté de nombreux cas analogues. Entre autres, il m'a cité celui d'une famille très nombreuse au commencement du siècle dernier et dont les membres disséminés en France, en Russie, en Algérie et en Amérique, sont aujourd'hui tous disparus par le fait de l'hérédité tuberculeuse (phtisie pulmonaire, mal de Pott, etc.).

Tout aussi concluante est la statistique de Rieffel. Cet auteur, en

examinant les causes de mort des membres des 46 familles habitant deux petites localités, pendant tout un siècle, a été convaincu que la phtisie ne se répandait pas par infection, mais uniquement par hérédité (1).

Dans les traités actuels de médecine, qui donnent cependant à la contagion le rôle prépondérant, on lit que la fréquence de l'hérédité est très variable suivant les auteurs : on l'observerait dans un septième des cas d'après Rillet et Barthez, dans un sixième des cas d'après Leber, dans les deux tiers pour Portal, dans les cinq sixièmes pour Rufz. « Ces dissidences proviennent de l'extrême difficulté qu'il y a à étudier le problème de l'hérédité ; dans les hôpitaux les malades ignorent souvent les maladies héréditaires (2). »

D'après ce que nous venons de dire, il est absolument logique d'attribuer la même ignorance à tous les malades, aussi bien à ceux de la clientèle qu'à ceux des hôpitaux.

Par hérédité, certains entendent la transmission directe du bacille par le sperme (3). Cette manière de voir semble inadmissible et, alors même que l'on aurait trouvé un bacille de Koch dans chaque spermatozoïde, il paraît impossible que ce soit ce bacille qui, dix ou trente ans plus tard, rendra poitrinaire l'enfant d'un tuberculeux. Il est plus probable que ce sont les bacilles qui, après chaque repas, se répandant dans l'organisme ainsi que nous l'avons vu au début, profitent, à un moment donné, de la transmission d'une disposition héréditaire pour coloniser. Comme le disait Peter, l'enfant naît non pas tuberculeux, mais tuberculisable

En quoi consiste cette disposition héréditaire?

Ce qu'un tuberculeux lègue à son enfant, c'est quelque chose d'analogue à ce qu'un arthritique lègue à sa descendance, c'est-à-dire une nutrition viciée de certains éléments anatomiques au point de vue physiologique et une atrophie générale ou partielle des viscères, poumon, rate, cœur, etc., au point de vue anatomique (4). Cette hypoplasie congénitale d'un organe pourrait même expliquer la prédisposition locale de certains tissus pour la tuberculose.

Il résulte de ceci qu'au tableau des manifestations successives de l'arthritisme, l'on peut opposer un tableau de manifestations successives et variées suivant l'âge d'un individu issu d'un tuberculeux. Ce tableau n'est autre que celui de la scrofule, cette dystrophie constitutionnelle dont parlait ainsi Bazin : « Il y a même dans l'apparition de ces manifestations multiples une sorte de régularité, qui, pour n'être pas absolue, n'en a pas moins quelque valeur. Ainsi la peau et les ganglions lymphatiques sont les premiers affectés, et cela dès le jeune âge; plus tard c'est le tour des muqueuses et du tissu

(1) Rieffel, Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht, etc., Francfort, 1901.
(2) *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, t. VII, p. 141.
(3) *Presse médicale*, 1901, p. 271.
(4) *Revue internationale de la tuberculose*, 1902, n° 11.

conjonctif; en troisième lieu viennent les lésions du squelette et des jointures, enfin les altérations viscérales. »

Volland (1) n'admet pas la contagion ni par inhalation ni même par ingestion; d'après lui la tuberculose se contracterait presque toujours par l'intermédiaire de la scrofulose qui ne serait pas une distrophie constitutionnelle, mais le résultat d'érosions de la bouche, du nez, des lèvres, des gencives, etc., que viennent souiller les mains crasseuses et chargées souvent de poussières bacillaires de l'enfant. Les ganglions correspondants du cou s'enflamment ainsi les premiers et, plus tard seulement, survient la lésion du poumon. En un mot, la contagion immédiate existerait seule pour cet auteur.

L'inoculation accidentelle est fort possible dans bon nombre de cas. Cependant cette théorie laisserait supposer que tout tuberculeux aurait été atteint, dans son enfance, d'adénite scrofuleuse; or, cette hypothèse ne correspond pas à la réalité des faits. La même objection ne saurait être opposée à la théorie de la scrofule considérée comme maladie constitutionnelle puisque nous savons que, dans ces cas, une ou plusieurs des étapes du processus morbide peuvent ne pas se produire.

D'un autre côté, l'inoculation peut être rangée parmi les causes capables de faire évoluer les manifestations de l'hérédité tuberculeuse. L'on peut même admettre que la culture d'une colonie de bacilles de Koch en un point de notre organisme est capable, par les troubles qu'apportent à la nutrition de nos éléments anatomiques les produits de sécrétion et d'excrétion de cette colonie, de créer une véritable hérédité artificielle favorisant dans la suite la généralisation tuberculeuse. En résumé, il s'agirait d'une véritable vaccination *à rebours* d'où nous viendrait le premier cas de tuberculose.

Mais alors pourquoi l'ingestion de bacilles n'agirait-elle pas comme l'inoculation?

Parce que l'ingestion au lieu de localiser les bacilles de Koch en un seul point comme le fait l'inoculation, les répand sur toute la surface des voies digestives et en les dispersant en facilite ainsi la rapide destruction. Elle ne saurait donc pour ce motif et d'autres encore être comparée à l'inoculation. Incapable de créer la diathèse tuberculeuse, elle ne peut, aidée des autres causes adjuvantes, que la réveiller lorsqu'elle existe préalablement ou profiter de l'évolution progressive de cette hérédité.

Parmi ces causes adjuvantes nous signalerons : le séjour habituel dans un milieu où l'air n'est pas suffisamment renouvelé, les variations de température intempestives, l'humidité habituelle, une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, l'inconduite, les chagrins, certains vices et certaines maladies.

Enfin, pour comprendre les bizarreries que l'on peut observer cliniquement dans l'hérédité, il suffit de se rappeler que l'enfant

(1) Volland, Münch. Med. Wochens, n° 20, 1904.

est le résultat de la combinaison qui se fait, par la fécondation, entre le spermatozoïde et l'ovule ; les propriétés vitales ou pathologiques de l'une ou l'autre substance peuvent ainsi annihiler, pendant un temps plus ou moins long, celles de l'autre.

II. — Il résulte de l'étude qui précède que, lorsque l'on recherche soigneusement les antécédents héréditaires cachés qui, malheureusement, ne peuvent souvent être fournis que par le médecin de la famille, la tuberculose est héréditaire dans une proportion telle que celle des cinq sixièmes donnée par Rufz ne saurait être considérée que comme un minimum. Ce serait l'inoculation directe (Volland) qui la déterminerait pour le surplus.

La contagion médiate ne jouerait donc qu'un rôle absolument secondaire dans la propagation de la tuberculose. Si l'hérédité ne vient pas apporter son indispensable concours, c'est impunément que l'on inspirera ou que l'on ingérera des substances bacillaires, alors même qu'existeraient toutes les causes adjuvantes signalées il y a un instant.

D'ailleurs si la tuberculose était surtout une maladie contagieuse, son histoire clinique ne devrait point s'écarter sensiblement de celle des autres maladies de même qualification. Or, nous allons voir qu'elle en diffère de façon notable.

A. — Toutes les maladies à contage médiat présentent des poussées épidémiques. En effet, lorsque les agents infectieux sont transportables par l'air, l'eau, le lait, les maladies auxquelles appartiennent ces agents ont la plus grande tendance à prendre un développement épidémique. La fièvre jaune, le choléra, le typhus, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la diphtérie, etc., en sont des exemples.

Si l'agent infectieux n'est pas volatil, s'il faut qu'il soit inoculé d'individu ou d'objet à individu par un contact direct et intime (contage immédiat), il ne saurait être question de propagation épidémique. On pourra constater, dans certaines conditions, un nombre assez grand de cas sporadiques, mais ce sera tout. C'est ce qui a lieu pour la syphilis et aussi pour la tuberculose dans les écoles (1).

Or, c'est à cette dernière variété que se réduisent les épidémies de tuberculose ; toutes celles qui ont été signalées restent localisées à des bureaux, à des casernes, à des prisons, à une maison, sans jamais s'étendre à une région, à une ville ou même à un quartier. Des épidémies de tuberculose ont bien été signalées dans des villages, mais elles sont loin d'être probantes, toutes les familles y étant plus ou moins alliées les unes aux autres. De plus, dans toutes ces observations de pseudo-épidémies, en particulier dans celle de Marfan (2), on signale presque toujours des conditions hygiéniques

(1) Volland. loc. cit.
(2) Epidémie de phtisie. *Union médicale*, t. II, 1889.

défectueuses et multiples bien capables de déterminer l'évolution tuberculeuse par le réveil d'une hérédité latente. Lorsque celle-ci n'existe pas, la contagion médiate, et par suite l'épidémie, ne saurait se produire si innombrables que soient les bacilles de Koch. En voici la preuve : « A Soden et à Rehburg, stations de cure pour les phtisiques, où les malades demeurent dans les logements mêmes de leurs hôtes et où les crachats renfermant des milliards de bacilles, se répandent sur les promenades et dans les chambres pendant des dizaines d'années, sans aucune mesure prophylactique, ce n'est que par exception que l'on trouve un phtisique parmi les habitants qui y atteignent le plus souvent un âge avancé. Quant aux malades, ils s'y rétablissent vite et ne sont pas décimés rapidement dans cette atmosphère, comme on devrait le supposer théoriquement (1). »

B. — Pour toutes les maladies contagieuses il est toujours, dans les livres classiques, un paragraphe consacré à la période d'incubation : la tuberculose seule fait exception sur ce point. Il en résulte qu'aucune limite n'est fixée à cette période et que l'on peut lire des observations de cas de contagion dont l'incubation se prolongerait pendant des années.

A cela on répond qu'il est difficile de fixer une date même approximative à l'invasion du germe parce que l'on ignore à quel moment le malade s'est contaminé et parce que le début de la tuberculose est insidieux.

Il est cependant des cas où la précision serait possible, ne serait-ce que dans les observations de contagion entre mari et femme. Sur 74 ménages, Leudet en cite 13 cas, sur 100 Robinson en cite 20, Meissen en compte 5 p. 100, etc. Or, outre l'intérêt que présente le désaccord de ces résultats, l'on a le droit d'être étonné, lorsque l'on admet la théorie de Fluegge, que la contagion entre époux soit aussi minime. De plus l'on regrette que ces statisticiens n'aient pas recherché également la durée de la période d'incubation, ce qui leur eût été relativement facile. En effet, lorsque, dans un ménage, l'un des époux devient tuberculeux, rien ne paraît plus simple pour le médecin de la famille que de compter combien de temps s'écoulera entre ce moment et celui qui marquera le début de la phtisie chez l'autre conjoint.

Sur près de 1,500 malades examinés, Lancereaux en a trouvé au plus 23 (12 femmes et 11 hommes) qui le portèrent à croire à la contagion. « L'examen de mes 23 faits, écrit-il. montre que la durée d'incubation a oscillé entre un mois et trois ans et surtout entre cinq et dix mois, et l'on conviendra avec moi qu'un pareil écart n'est pas une garantie de certitude de contagion. » (2)

C. — Que l'on passe en revue l'histoire de toutes les maladies transmissibles par contagion médiate et l'on constatera qu'il n'y

(1) Simon de Unterberger. Revue internat. de la tuberculose, 1902, n° 6.
(2) Lancereaux. Leçons de clinique médicale, 1892.

en a pas une seule qui soit héréditaire à plus ou moins longue échéance. Tout ce que l'on pourra observer à ce point de vue, c'est que le germe de la maladie a pu se transmettre de la mère au fœtus en traversant le placenta. Abstraction faite de ce cas, l'enfant d'une typhique par exemple, non seulement ne sera pas prédisposé à prendre plus tard la fièvre typhoïde, mais sera au contraire comme immunisé contre cette infection. Cette constatation n'est pas pour nous étonner puisque nous savons que le sérum d'un sujet guéri de la fièvre typhoïde possède des propriétés préventives et thérapeutiques contre l'infection typhique expérimentale. En un mot, toutes les maladies à contage médiat, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, etc., non seulement ne sont pas héréditaires, mais confèrent la vaccination presque absolue à ceux qui en ont été atteints et une vaccination relative à leurs descendants.

Ici encore la tuberculose se comporte tout différemment et se rapproche au contraire de la syphilis qui est le type des maladies transmissibles par contagion immédiate.

Pour tous ces motifs, il est donc impossible, cliniquement, de considérer la tuberculose comme une maladie se transmettant par contage médiat et c'est de la syphilis, maladie essentiellement héréditaire et transmissible aussi par contage immédiat, qu'il faut la rapprocher.

En résumé :

1° Le contage immédiat (innoculation) peut donner la tuberculose à chacun et plus spécialement à l'enfant ;

2° Le contage médiat (ingestion ou plus rarement inhalation) est l'apanage exclusif de ceux qui ont une tare héréditaire manifeste *ou cachée*, de nature tuberculeuse.

Telle sera notre conclusion qui comporte des indications prophylactiques et thérapeutiques spéciales.

PÉDIATRIE

TRAITEMENT LOCAL DES AFFECTIONS CUTANEES INFANTILES

Dans les affections cutanées des nourrissons, on utilise le bain de sublimé à 1 pour 5.000 ou des bains savonneux suivis de l'application de pommade à la vaseline naphtolée à 1 pour 10 ; l'eau bouillie ou très légèrement boriquée suffiront dans la plupart des cas. Parfois les attouchements à l'eau oxygénée seront des plus efficaces.

Comme pansement, après un lavage à l'eau bouillie, l'application d'une simple gaze aseptique, sans incorporation d'antiseptique, répondra bien souvent aux indications, par son pouvoir absorbant. Comme pommades, on donnera la préférence aux pâtes épaisses de zinc, additionnées quelquefois d'une faible dose

d'acide borique ou d'acide salicylique. Les pâtes sont préférables aux emplâtres. Si l'on avait recours à ceux-ci, on choisirait l'emplâtre de zinc de préférence à l'emplâtre rouge de Vidal ou au Vigo. — Dans les formes suintantes, on emploiera les poudres, telles que le mélange de talc, de sous-nitrate de bismuth et d'oxyde de zinc.

Il est certains agents thérapeutiques dont mention spéciale doit être faite.

Les sulfates de zinc et de cuivre, tels qu'ils entrent dans la composition de l'eau d'Alibour, sont ainsi que Sabouraud y est revenu récemment, les meilleurs antiseptiques à employer contre l'impétigo. L'eau d'Alibour peut être employée à 1 pour 5 pour les lavages ; mais, même étendue de 10 à 15 fois son volume d'eau, elle est encore fort active et souvent suffisante chez les nourrissons. Chez eux, les lavages répétés sont moins pratiques que les pansements humides permanents que Sabouraud conseille sous forme de cataplasmes de fécule ou d'amidon cuit, arrosés d'eau d'Alibour à 1 pour 3 ; le pansement est maintenu par une bande de laine qu'on soulève toutes les trois ou quatre heures pour mouiller le pansement.

L'eau oxygénée est un excellent antiseptique qui a été appliqué par Marfan au traitement des affections pyodermiques de l'enfance : ecthyma, impétigo, folliculites, abcès sous-cutanés multiples après incision. L'eau oxygénée a le grand avantage de ne pas être toxique. Il n'y a aucun inconvénient à se servir d'eau oxygénée pure à 10 ou 12 volumes, pourvu que ce soit en lotions et non en applications permanentes (Lochart).

L'iodoforme est un antiseptique puissant, mais qui peut présenter des dangers. Il doit être réservé aux formes graves et localisées de l'infection cutanée, telle que l'ecthyma térébrant et les gangrènes de la peau.

Dans les lésions que le médecin est appelé à ouvrir, telles que furoncles, abcès multiples, il est certaines précautions à prendre pour empêcher les inoculations de voisinage. Grégor (de Breslau) conseille le procédé suivant : savonner et nettoyer à l'éther la région de l'éruption, l'enduire d'une couche épaisse de vaseline boriquée à 10 % pour protéger la peau contre les inoculations secondaires ; puis inciser tous les abcès, même ceux qui ne présentent pas encore de fluctuation, et les vider complètement ; éponger soigneusement les gouttes de pus et de sang ; sans enlever la pommade ; panser à sec. En quatre ou six séances, on peut obtenir une guérison définitive.

TRAITEMENT DES HEMOPTYSIES

On a préconisé la glace et les solutions très concentrées de sel ; une grande cuillerée pour un demi-verre d'eau. Gravitz pense que le sel agit en concentrant le sang, mais Heidenhain pense que tout au contraire le sel constitue pour le sang un agent diluant comme le sucre. Pour Voltke, le sel a surtout une action irritante sur le pneumo-gastrique ; et c'est par voie réflexe que le rétrécissement des vaisseaux pulmonaires s'effectue.

Lorsque ces moyens sont inefficaces, on emploie les astringents comme le sesqui-chlorure de fer ; on donne aussi l'acétate de plomb mélangé à l'opium et à la morphine : 0 gr. 02 à 0 gr. 05 d'acétate de plomb. L'efficacité de ces sels métalliques est due à leur propriété de coaguler le sang. Ce que l'on peut leur objecter, c'est que cette efficacité vaut surtout pour l'usage externe ; mais lorsque le médicament a dû passer par l'intestin, on ne sait plus quelle est son action.

La gélatine a été recommandée dans ces derniers temps ; on la mélangeait en proportion de 2 p. 100 à des solutions physiologiques et on l'injectait sous la peau. On l'a administrée aussi par la voie buccale ou en lavement.

Les injections de gélatine sous la peau sont très douloureuses ; Kraüse a montré qu'elles pouvaient provoquer des hématuries chez les brightiques et qu'en outre les solutions faites avec la gélatine commerciale pouvaient provoquer le tétanos. D'autre part, Senator a trouvé que, administrées par la bouche, les solutions de gélatine ne pouvaient avoir qu'une action problématique, parce que la colle se transformait dans l'estomac en une peptone qui, selon toute probabilité, n'a pas de propriété coagulante. On peut admettre cependant que, si l'on emploie la gélatine à haute dose, une partie échappe à l'action de l'estomac et peut avoir une influence sur la coagulation du sang.

Enfin, des autorités comme Voland et Van Dusch emploient encore aujourd'hui le vieux procédé qui consiste à comprimer les membres avec des bandes ; par ce moyen, ils réussissent à arrêter pour quelques jours des crachements de sang contre lesquels les médicaments avaient été inefficaces.

C'est Stücker qui, le premier, a prescrit l'atropine contre les hémoptysies ; il la conseille lorsque les autres médicaments ont échoué. Au début, il la donne à doses très petites, 0,3 à 0,5 de milligramme ; à cette dose, on n'observe pas de troubles secondaires.

Haussman emploie aussi l'atropine, mais il l'injecte sous la peau. La propriété hémostatique de l'atropine est due, d'après Stücker, à ce que, en affaiblissant la pression sanguine, elle éloigne le sang. Selon lui, l'atropine provoque une paralysie du splanchnique qui est le nerf vaso-moteur de l'utérus, de l'intestin et de la vessie ; sous l'influence de cette paralysie, les vaisseaux se dilatent et la pression sanguine tombe. Manquat explique l'action

de l'atropine d'une manière toute spéciale. A petites doses, il y a d'abord ralentissement de la circulation, puis le cœur s'accélère et les petites artères se rétractent. Si la dose a été suffisante, cette action se généralise aux veines, de sorte que tous les vaisseaux de petit calibre sont hyperhémiés.

M. Voltke rapporte dans *Medizinskaje Obozrenije* plusieurs cas d'hémoptysie dans lesquels il a employé l'atropine avec succès.

Dans la première observation, il s'agit d'un tuberculeux de 36 ans, qui avait craché environ pleine une cuvette de sang noir, fétide. On lui comprime les membres et on donne de l'atropine ; l'hémoptysie se calme un peu. Une deuxième injection l'arrête tout à fait ; mais les crachements de sang reparaissent au bout de peu de temps ; on pratique alors une troisième injection et cette fois l'hémoptysie semble définitivement arrêtée ; quinze jours après, le sang n'avait pas encore reparu.

2e Obs. — Malade de 38 ans, entre à l'hôpital pour une hémoptysie ; on lui donne d'abord de la glace, mais sans succès, le malade rend trois cuvettes de sang ; la morphine le calme un peu ; on administre alors 0,6 de milligramme d'atropine et l'hémoptysie diminue dans des proportions très sensibles. A la troisième injection, elle s'arrête tout à fait.

Il semble donc bien que l'on ait dans l'atropine un moyen efficace contre les hémoptysies et une expérimentation plus étendue permettra de nous fixer définitivement sur la valeur de ce médicament.

L'ASTHME INFANTILE.

L'asthme chez les enfants, est fréquemment provoqué par des causes locales ou des troubles digestifs. On fera explorer les cavités naso-pharyngiennes ; dans l'alimentation, on supprimera les viandes. L'enfant se nourrira de bouillies au lait, de farineux, de légumes, de fruits, de beurre frais. Il prendra ses repas à heures régulières, ne mangera pas dans l'intervalle.

Au moment de l'accès, fumigation avec la poudre :

Poudre de feuilles de stramonium de belladone......	15 grammes.
Poudre de nitrate de potasse......................	3 —
— d'opium	0 gr. 75

Projeter sur une pelle rougie ou allumer sur une soucoupe près de l'enfant. Les inhalations de papier nitré, de pyridine, réussissent moins bien. La respiration d'iodure d'éthyle (quelques gouttes sur un mouchoir, soulagent également).

Dans les accès violents, on peut recourir à une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine : 1 milligramme par année d'âge :

Chlorhydrate de morphine.........................	0 gr. 05
Eau de laurier-cerise..............................	10 grammes.

Un demi-centimètre cube = 2 milligrammes 1/2, convient à un enfant de 3 ans.Nous nous sommes bien trouvé de l'héroïne : 2 milligrammes à un garçon de douze ans :

Héroïne	0 gr. 002
Eau distillée	10 grammes.

XX gouttes dans un peu d'eau.

L'accès est calmé, mais l'oppression persiste : les bronches restent encombrées de râles : un vomitif (ipéca, 10 centigrammes par année d'âge), la poudre de Dower qui contient un dixième de poudre d'opium et un dixième d'ipéca, réussissent bien. On donnera la poudre de Dower à la dose de 5 centigrammes par jour et par année d'âge :

Poudre de Dower	0 gr. 05
Sucre en poudre	0 — 50

P. 1 paquet n° 5. — A donner toutes les deux heures à un enfant de 5 ans (Comby). — On continue 4 à 5 jours.

M. Comby vante l'association suivante :

Teinture de belladone	2 grammes.
— de drosera	2 —
Alcoolature de racine d'aconit	2 —

En prendre de 3 à 4 fois par jour, suivant l'âge. La teinture de belladone se donne à raison de 2 à 4 gouttes par année d'âge : à un enfant de 2 ans, on peut donner 10 gouttes d'alcoolature de racine d'aconit : soit à un enfant de 2 ans, 3 à 4 gouttes du mélange précédent 3 fois par jour.

Eau de tilleul	100 grammes.
Eau de fleurs d'oranger	30 —
Liqueur d'Hoffmann	1 —
Teinture de belladone	XV gouttes.
— de lobélie	—

Par cuillerées à dessert 4 fois par jour (enfant de trois à cinq ans).

Von Noorden conseille l'atropine : 1/4 de milligramme en granules; augmenter tous les jours de 1/4 de milligramme pour arriver à 3 ou 4 milligrammes par jour. Il n'est pas bon d'user de remèdes tellement actifs. Un accident viendrait-il à survenir, à supposer que le médicament n'y soit pour rien, les parents ne manqueraient pas de dire que leur enfant a été empoisonné.

D'autres remèdes ont été proposés. Ils permettent de varier les prescriptions médicamenteuses : la teinture de lobelia inflata, de grindelia robusta, d'anémone :

Teinture de lobélie	0 gr. 50
— de grindelia robusta	0 gr. 50
Alcoolature d'anémone pulsatile	1 gramme.
Sirop de guimauve	30 —
Eau distillée	60 —

Par cuillerées à dessert toutes les deux heures (enfant de quatre à cinq ans).

On peut également prescrire l'anémonine en poudre : 1 à 2 centigrammes mêlées à du sucre en poudre et par paquets.

L'antipyrine (50 centigrammes par année d'âge), est également un bon sédatif de l'accès. Si le paludisme est en cause, on ne manquera pas de donner la quinine (Comby).

Le retour des accès sera surtout prévenu par l'emploi combiné des iodures et des arsenicaux : 15 jours de chaque :

Iodure de potassium	5 grammes.
Teinture de lobelia inflata	5 —
Sirop écorce oranges amères	120 —

Une cuillerée à café à déjeuner et à dîner (enfant de dix à douze ans). — Continuer 15 jours suivants :

Arséniate de soude	0 gr. 03
Bromure de potassium	3 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	100 —

Une cuillerée à café à déjeuner et à dîner (enfant de dixà douze ans).

En cas d'insuccès, la fleur de soufre :

Fleur de soufre	5 grammes.
Miel blanc	80 —

Une cuillerée à café matin et soir.

Comme cure thermale, le Mont-Dore, la Bourboule, si l'enfant est faible ; les eaux sulfureuses (Eaux-Bonnes, etc.), si les signes locaux prédominent.

Jules Simon conseillait le Mont-Dore aux jeunes enfants de six à sept ans, et les Eaux-Bonnes aux enfants plus âgés.

Les eaux minérales peuvent être prescrites à domicile : à jeun pendant 15 jours un verre à bordeaux d'Eau du Mont-Dore aux enfants très jeunes ; les enfants plus âgés pourront user d'Eau de Bourboule : 1/2 verre à bordeaux (enfant de 8 à 10 ans). Ces eaux arsenicales remplaceront la potion d'arséniate de soude. Les 15 jours suivants : un grand verre à bordeaux d'Eaux-Bonnes avec addition de lait chaud (enfant de 8 à 10 ans).

Les frictions, les massages ; chez les enfants nerveux, les affusions froides, les douches tièdes rendent des services journaliers.

(*Journal des praticiens*).

TRAITEMENT PAR LA GELATINE DE QUELQUES HEMORRAGIES GRAVES CHEZ LES NOUVEAU-NES.

M. P. Joukovsky, après avoir insisté à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Russie sur l'effroyable mortalité des enfants atteints de formes graves d'hémorragie, s'est arrêté au traitement des melœna et a cité un cas personnel de cette affection où il a employé l'injection sous-cutanée de gélatine. L'enfant a guéri. Dans les vingt cas antérieurs de l'auteur, la mortalité était de 70 p. 100.

L'hémophilie des nouveau-nés donne une mortalité encore plus

élevée. Le traitement reste ordinairement sans résultat, malgré les divers moyens employés. Dans un de ces cas, les hémorragies ont commencé dès le deuxième jour après la naissance. Il y avait d'abord des épistaxis, puis des hémorragies incoercibles de l'ombilic, dont le sang jaillissait comme une fontaine. A tout cela, s'ajoutaient une hématémèse et des meloena. La maladie ne s'est pas limitée là, car sur diverses parties des téguments il y avait des ecchymoses étendues, principalement autour des articulations et près des omoplates.

La pâleur cadavérique de la peau et la décoloration des muqueuses de l'enfant montraient l'approche de l'issue fatale. On fit au petit malade, en trois points, des injections de 15 centimètres cubes d'une solution de gélatine à 2 p. 100, dans un sérum physiologique préalablement stérilisé. Au bout de huit heures, les hémorragies ont commencé à tarir. On a ajouté encore 10 centimètres cubes de la même solution et on a fait avaler à l'enfant la même quantité de ce sérum. Au bout de vingt-quatre heures, toutes les hémorragies se sont arrêtées.

L'hémophilie était telle que, de toutes les piqûres des injections le sang s'écoulait encore, même après l'absorption complète de la gélatine injectée. On fut obligé de couvrir plusieurs fois de suite les points piqués par le collodion. L'enfant a guéri et fut présenté dans un état satisfaisant, à l'âge de trois semaines, à la Société.

L'issue presque toujours fatale des hémorragies méningées et cérébrales des nouveau-nés, sur lesquelles on n'a eu jusqu'à présent aucune prise, a incité le rapporteur à étudier d'abord leur diagnostic, car les phénomènes cliniques de ces hémorragies sont très nets. A cet effet, Joukovsky s'est servi de la ponction lombaire. Ayant obtenu ainsi le liquide céphalo-rachidien hémorragique, il a observé dans deux de ces cas en même temps des phénomènes cérébraux. Dans un de ces cas, il y avait traumatisme de la tête fœtale par application du forceps, dans l'autre, une asphyxie profonde. Aux deux, il a fait des injections sous-cutanées de 15 centimètres cubes de solution de gélatine à 2 p. 100 dans du sérum physiologique. Dans les deux cas, les phénomènes cérébraux s'amendèrent petit à petit et les enfants guérirent.

Les craintes d'inoculation du tétanos sont exagérées, les nouveau-nés supportent très bien les injections sous-cutanées de gélatine, qui sont absolument inoffensives si l'on observe l'asepsie et qu'on stérilise préalablement la solution (*Gaz. méd. belge*, 11 août 1904).

FORMULES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Pilules contre la constipation.

Aloïne	1 centigr. 1/4
Extrait de belladone	6 milligr.
Ipéca	3 centigr.
Strychnine	1 milligr.

Pour une pilule.
Dose. — 1 pilule matin et soir.

Mixture antiseptique contre la diarrhée.
(Broighton.)

Salicylate de bismuth....	10 gr.
Sulphophénate de zinc...	0 gr. 2
Eau de chaux...........	50 gr.
Eau distillée..........	50 gr.
Teinture d'opium benzoïqué	20 gr.

Une cuillerée à café, toutes les deux heures et après chaque garde-robe, jusqu'à cessation de la diarrhée.

Inhalations contre l'asthme
(Dr Plant.)

Feuilles de stramonium..	120 gr.
Thé vert en poudre.......	120 gr.
Lobelia	45 gr.

Mêlez et versez dans une solution saturée d'azotate de potasse — q. s. p. mouiller.
D. — Séchez et conservez dans un flacon hermétiquement bouché.
S. — Inhalez la fumée de ce mélange.

Traitement abortif du coryza aigu.
(Capitan.)

L'auteur recommande l'usage de la poudre suivante :

Salol	1 gr.
Acide salicylique.........	0 gr. 20
Tanin	0 gr. 10
Acide borique pulvérisé..	4 gr.

Dès le début du coryza, on prend, pour chaque narine, une pincée de cette poudre, et on l'aspire très fortement, de manière qu'elle pénètre profondément ; on ne continue ce traitement que pendant une demi-journée, en prenant une prise toutes les heures.

Si l'on veut continuer l'emploi de la poudre, il faut la mélanger avec du talc ou augmenter la dose d'acide borique ; on peut encore réduire la dose de salol à 50 ou même à 25 centigrammes.

M. Capitan indique encore une autre formule, qui lui a donné des résultats assez satisfaisants, mais qui, néanmoins, est moins active que la précédente :

Talc	5 gr.
Antipyrine	1 gr.
Acide borique pulvérisé..	2 gr.
Acide salicylique.........	0 gr. 25

On peut en priser fréquemment une bonne pincée, et M. Capitan n'a jamais observé d'irritation autour des narines.

Potion contre la cystite aiguë.
(Marsh.)

Acide oxalique...........	1 gr.
Eau distillée..............	120 gr.
Sirop d'écorce d'orange...	30 gr.

Dose. — 1 cuil. à café toutes les quatre heures.

Traitement des hémorroïdes par l'hamamelis virginica et par l'adrénaline.
(M. Devilliers.)

On peut, par des moyens médicaux, arriver à la résolution complète des hémorroïdes qui, dans certains cas, semblaient être seulement du ressort de la chirurgie.

L'hamamelis virginica, par son action vaso-constrictive en fait un hémostatique indiscutable.

Voici la formule employée :

Extrait fluide d'hamamelis	50 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères..........	50 gr.
Teinture de vanille.....	XX gout.

M. à prendre par cuillerées à café (4 à 10 par jour).

La teinture de feuilles se donne à l'intérieur à la dose de 0 gr. 20 à 1 gramme.

Une formule de pommade assez pratique est la suivante :

Teinture d'hamam. (écorce)	3 gr.
Vaseline	30 gr.

M.

L'adrénaline est plus énergique et moins maniable que l'hamamelis : elle est indiquée dans les cas d'hémorroïdes rebelles à la réduction, fluentes et douloureuses.

La solution suivante a été employée en pulvérisations chaudes :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1.000............	25 gr.
Eau distillée.............	250 gr.

On peut aussi employer la solution à 1 p. 1,000 en applications locales à l'aide d'un tampon de coton hydrophile imbibé de cette solution.

Nouveau procédé d'anesthésie locale.

G. SCHLEICH a pu se convaincre, d'après des expériences instituées sur lui-même et sur ses assistants, qu'on peut obtenir une anesthésie locale suffisante pour certaines petites opérations chirurgicales, par l'emploi simultané des pulvérisations d'éther et des injections *intradermiques* d'eau pure stérilisée.

Pour les pulvérisations, M. Schleich se sert du mélange suivant :

Ether sulfurique..........	100 gr.
Essence de pétrole........	25 gr.

Mêlez. — Usage externe

Après avoir fait pendant environ trente secondes des pulvérisations sur le champ opératoire, on procède, tout en continuant les pulvérisations, aux injections d'eau stérilisée, au moyen d'une seringue dont la canule est piquée dans l'épaisseur du derme, autant que possible parallèlement à la surface de la peau. Il se forme alors, aux points d'injection, un œdème cutané plus ou moins étendu suivant la quantité de liquide injecté, et pareil à celui que provoquent les piqûres des moustiques. Dans l'étendue de cet œdème, la peau devient absolument insensible, de sorte qu'on peut y pratiquer des incisions sans provoquer la moindre douleur. (*Nouveaux remèdes.*)

Traitement de la syphilis infantile
(Henri GILLET).

TRAITEMENT MERCURIEL. — Selon les auteurs, l'application du traitement mercuriel se fait de façon différente chez l'enfant.

Certains médecins (J. Comby) donnent la préférence aux frictions mercurielles, qu'on peut ainsi formuler :

Onguent napolitain........ 30 gr.

Deux ou trois fois par semaine, frictions sur les parties latérales du thorax, sous les aisselles, sur la partie interne des cuisses ou dans le creux poplité, les reins, en alternant avec gros comme un pois de la pommade (0 gr. 50 à 1 gr.) après savonnage soigneux du lieu d'application.

Chez les tout petits, il y a avantage pour ménager la susceptibilité de la peau à substituer à l'onguent napolitain ou double, l'onguent gris ou simple ou la formule de pommade au calomel de M. Jullien :

Vaseline	6 gr.
Lanoline	4 gr.
Calomel	1 gr.

Le bain au sublimé est employé par un certain nombre comme traitement exclusif, non comme adjuvant.

On formule :

Bichlorure de mercure : 0 gr. 50 par année d'âge; alcool : 5 à 10 gr.; eau distillée : 50 grammes.

A verser dans l'eau du bain.

Un bain chaque jour, dans une baignoire émaillée ou de bois, de capacité d'enfant.

Durée du bain une demi-heure. Un bain tous les jours ou tous les deux jours.

Ou bien à dose plus forte :

Bichlorure de mercure....	4 gr.
Chlorhydrate d'ammon....	3 gr.
Alcool....................	25 gr.

Pour une baignoire de 60 à 80 litres.

(J. SIMON, J. COMBY, BLACHE.)

Il est un autre mode d'application externe du mercure, bien étudié chez l'adulte par Ch. Quinquaud, bien commode et bien efficace, que depuis bientôt huit ans j'emploie exclusivement, c'est l'emplâtre au calomel ou *Cure de Quinquaud.*

La formule de l'emplâtre au calomel employée à l'hôpital Saint-Louis par Quinquaud est la suivante :

Emplâtre diachylon des hôpitaux.....	3.000 parties.
Calomel à la vapeur	1.000 —
Huile de ricin......	300 —

Etendre sur des bandes de la longueur et de la largeur habituelles aux rouleaux d'emplâtre, de sorte que chaque décimètre carré contienne environ 1 gr. 20 de calomel.

S'assurer à l'avance que l'emplâtre collera et adhérera bien à la peau.

Arrondir les coins et appliquer, après avoir légèrement fait ramollir au besoin, une bande de 10 cm. sur 15 cm. et même de 20 ou 30 cm., soit en demi-ceinture, en avant ou en arrière, soit latéralement à droite ou à gauche. La peau sous-jacente aura été bien nettoyée au préalable, puis séchée.

En même temps qu'à l'enfant, on peut appliquer un emplâtre à la mère qui l'allaite.

Changer chaque semaine.

Lorsqu'on préfère la voie buccale on s'adresse surtout au sublimé en solution.

Liqueur de Van Swieten, 60 gr. en provision.

Débuter par une goutte par mois d'âge, dix gouttes à un an, mais augmenter rapidement jusqu'à une demi-cuillerée à café à six mois et plus au besoin.

Ou bien une solution un peu plus faible :

Bichlorure de mercure..	0 gr. 04
Chlorure de sodium.....	0 gr. 01
Chlorhydrate d'ammon..	0 gr. 01
Eau	60 gr.

Si l'on adopte le sirop de Gibert, on formule :

Sirop de Gibert : 60 grammes en provision.

Une *demi-cuillerée à café par année d'âge*, ou un peu plus, 3/4, très rarement, une entière par année d'âge.

Dans ces derniers temps, on a parfois recours aux injections hypodermiques, principalement dans les cas urgents où l'on doit agir vite, accidents cérébraux, etc.

Par exemple :

Benzoate de mercure..	0,02
Chlorure de sodium...	0,006
Eau stérilisée..........	q. s. p. cc.

Une demi-seringue par année d'âge, parfois plus, ou solution plus forte, une injection tous les deux jours, ou tous les jours suivant les cas.

Ou bien, le biiodure d'après la formule de M. Panas, modifiée pour les enfants.

Biiodure de mercure	0,002
Huile d'olive stérilisée......	1 cc.

Injection intramusculaire, 1/4 de seringue par année d'âge jusqu'à 4 ans.

On peut parvenir à pratiquer des injections sous-cutanées, moins douloureuses, sans nodules post-opératoires avec la formule de Chevrotin.

Biiodure de mercure.......	0,002
Iodure de potassium.......	0,002
Eau	1 cc.

Dissoudre l'iodure dans très peu d'eau, 1/10 de centimètre cube environ, pour avoir une solution iodurée très concentrée, le biiodure s'y dissout.

Injecter 1/4 de seringue par année d'âge, jusqu'à 4 ans.

Pour ces injections on trouve des *ampoules* toutes préparées dans le commerce. (Formulaire des *Maladies infantiles*, Paris 1904, chez Maloine.)

Contre les vers intestinaux.

Pour débarrasser les enfants de leurs *lombrics* ou de leurs *oxyures*, M. Méry donne la *santonine* à la dose de 5 centigrammes par jour, pour un enfant de 5 ans, pendant 3 ou 4 jours de suite, en donnant, le dernier jour, un purgatif, huile de ricin ou calomel, plutôt le calomel, qui par lui-même est vermifuge. Il donne 20 à 25 centigrammes de calomel en trois doses, administrées de 20 en 20 minutes.

S'il s'agit d'oxyures, un traitement local s'impose.

On peut employer les lavements :

Sommités d'absinthe.....	10 gr.
Eau	150 gr.
ou bien :	
Sel marin................	40 gr.
Eau	250 gr.

On peut aussi appliquer la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon........	30 gr.
Onguent napolitain........	10 gr.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Le chlorhydrate d'yohimbine; nouvel anesthésique local. — MM. Pinet et Blatter, ont communiqué à la Société d'odontologie le résultat de leurs récentes recherches sur un nouvel anesthésique, le chlorhydrate d'yohimbine :

« J'ai eu récemment connaissance d'un nouveau corps, l'yohimbine, provenant d'un arbre d'Afrique, appelé l'yohimbehe. Des études ont été faites en Allemagne sur ce nouveau produit et ceux qui ont expérimenté l'yohimbine ont remarqué que, en badigeonnant la langue avec une solution au centième de chlorhydrate d'yohimbine, il se produisait aussitôt une sensation d'engourdissement. D'autre part, lorsqu'on instille quelques gouttes d'une solution à 1 p. 100 de chlorhydrate d'yohimbine sur la cornée, il se produit aussitôt une insensibilisation de la cornée exactement semblable à celle que produit la cocaïne. Il y avait donc là une analogie qu'il était intéressant d'étudier avec cette différence que la cocaïne est vaso-constricteur, tandis que l'yohimbine est vaso-dilata-

teur. Conduit par ces données, j'ai pensé qu'il serait intéressant d'employer le chlorhydrate de yohimbine en injections intragingivales.

La yohimbine est vaso-dilatatrice ; c'est peut-être là un ennui, parce que cela peut donner un peu de sang. Quoi qu'il en soit, dans une première opération, bien que nous ayons été un peu gênés par le sang, nous avons eu une anesthésie complète de 12 minutes ; dans deux autres cas nous n'avons pas observé plus de sang qu'ordinairement.

Emploi de la lécithine. — Très discutée au début, l'utilisation des lécithines s'est pourtant imposée d'une façon générale et, si son action n'a pu s'expliquer facilement, il n'en reste pas moins avéré que dans le traitement des convalescences, de l'anémie, de la tuberculose, dans les cas de surmenage, en un mot dans toutes les affections où la nutrition est médiocre, on a tiré d'excellents effets de l'administration de la lécithine.

Parmi toutes les préparations de lécithine qui sont offertes au médecin, on peut certainement recommander celles qui sont préparées par Adrian, car elles sont présentées sous des formes très diverses, bien accommodées aux besoins variés de la clinique : *granulé* ou *dragées*, dosés à 0 gr. 05 de lécithine par cuillerée à café ou par dragée, pour les adultes, et *injections hypodermiques*, à 0 gr. 05 de lécithine par ampoule de 1 centimètre cube, pour les cas graves où il est nécessaire d'intervenir avec plus de rapidité.

Le Peroxyde d'hydrogène dans certaines affections stomacales. — Dans un certain nombre de cas d'ulcère rond de l'estomac, Novikoff a administré à l'intérieur dans un but de diagnostic du peroxyde d'hydrogène d'après la formule suivante :

Peroxyde d'hydrogène à 30 %	0 gr. 70
Eau distillée	85 gr.
Sirop de fleur d'oranger	15 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Dans les cas d'ulcère de l'estomac, la potion provoquait des douleurs épigastriques et parfois une cardialgie très intense ; au contraire, les douleurs purement nerveuses disparaissaient très rapidement.

Chez les enfants, la dose ne doit pas dépasser 0 gr. 50 pour 100 gr. de potion. Etant donné qu'il peut survenir des phénomènes d'irritation violente du côté de l'estomac, il ne faut pas administrer aux adultes le médicament en question en concentration plus forte.

En se basant sur ses observations, l'auteur affirme que le peroxyde d'hydrogène agit rapidement et sûrement dans les gastrites et gastro-entérites chez les enfants et même dans le choléra infantile. Dans la constipation déterminée par l'atonie des intestins, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, l'auteur est arrivé à exciter l'activité intestinale à l'aide de l'action vivifiante du peroxyde d'hydrogène. Les vomissements, à la condition qu'ils ne soient pas d'origine cérébrale, disparaissent également à la suite de l'administration de peroxyde d'hydrogène. Même dans les catarrhes de l'estomac et de l'intestin chez les alcooliques, le peroxyde d'hydrogène agit favorablement sur la constipation opiniâtre, de même que sur les autres phénomènes catarrhaux.

La thymacétine contre les maladies nerveuses. — Cette substance, obtenue par un chimiste allemand, Hofman (de Leipzig), est au thymol ce que la phénacétine est au phénol. F. Jolly, de Berlin, qui a expérimenté la thymacétine dans quelques affections nerveuses et mentales, a trouvé que ce médicament possède des propriétés analgésiques et somnifères incontestables. Il calme certaines céphalalgies nerveuses, bien qu'il ne paraisse exercer aucune influence sur la migraine vraie. Son action hypnotique est très réelle, mais inconstante. C'est ainsi que sur 26 malades (paralytiques, délirants, etc.) auxquels la thymacétine a été administrée pour cause d'insomnie, 10 n'en ont retiré aucun bénéfice, tandis que chez les 16 autres l'action somnifère s'est produite. Dans les cas où le médicament se montre actif, le sommeil qu'il amène ne le cède souvent en rien à celui qu'on obtient par le chloral.

A dose médicinale la thymacétine n'est pas toxique ; cependant elle peut parfois produire une certaine congestion céphalique avec bruissement et pulsations. Les doses employées par Jolly variaient de 0 gr. 25 centigrammes à 1 gramme.

De l'emploi de l'adrénaline en chirurgie urinaire. — L'adrénaline introduite dans l'économie déter-

mine instantanément une vasoconstriction énergique et une forte élévation de la tension artérielle. Elle agit sur la tunique des artérioles terminales dont elle provoque la contraction, et sur le cœur en produisant un ralentissement et un renforcement de la systole cardiaque.

Elle est employée surtout en applications locales ; on peut cependant l'administrer par le tube digestif ou en injections sous-cutanées.

Voici le mode d'emploi que recommande M. Régérat, d'après le *Bulletin de thérapeutique :*

Solution aqueuse à 1 p. 1,000 ainsi conçue :

Chlorhydrate d'adrénal.	1 gr.
Solution physiologique de chlorure de sodium	1.000 gr.
Chlorétone.............	5 gr.

Cette solution s'emploie en applications locales, badigeonnages des muqueuses, instillations, etc. En injections hypodermiques, la dose est de 1/2 à 2 centimètres cubes de la solution à 1 p. 1,000.

A l'intérieur, on administre V à XXX gouttes de la solution mère dans un peu d'eau, de sirop ou de vin.

Ces indications sont : l'uréthrotomie externe ou interne, l'extirpation des tumeurs urétrales.

Dans la prostate, elle agit contre la rétention ; dans la vessie, elle permet la cystoscopie, elle paraît augmenter la tolérance vésicale au cours des cystites.

La sambucine comme diurétique. — C'est un extrait sirupeux de sureau.

M. le Dr Lerocq a fait des expériences qui semblent indiquer que le sureau, très vanté autrefois comme diurétique, étudié en 1889 par MM. Lemoine et Combemale, peut rendre de réels services. D'après ces auteurs, la seconde écorce, blanche et mince, qui revêt directement le bois, est la seule qui possède des propriétés diurétiques, et encore à condition qu'elle soit fraîche, car vieille elle les perd presque complètement. Ils l'emploient en décoction en faisant bouillir une poignée d'écorces dans un litre d'eau et en donnent un demi-litre à un litre et demi par jour.

On pourrait surtout l'employer comme succédané de la caféine, de la digitale, et on l'a même vu réussir là où le premier de ces médicaments avait échoué.

Son innocuité permettra d'en prolonger indéfiniment l'usage.

M. Lecocq a employé la sambucine en extrait sirupeux et en donnait à ses malades 10 à 15 grammes par jour. Le médicament est titré de telle façon que 10 grammes de sirop sont l'équivalent de 10 grammes d'écorce.

MACON, IMP. X. PERROUX.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT PREMATURE

Sextipare à 8 mois 1/4 de grossesse ; bassin aplati rachitique de 8 centimètres 1/4. Accouchement prématuré artificiel. Suites heureuses pour la mère et l'enfant

En dépit de quelques adversaires et spécialement des disciples de M. Pinard, la provocation du travail dans les bassins *modérément rétrécis*, c'est-à-dire au-dessus de 8 centimètres, constitue toujours le meilleur mode d'intervention pendant la grossesse : il est généralement anodin pour la femme, et permet d'obtenir un enfant pesant au moins 2 kilos 1/2, donc parfaitement développé et bien viable.

Sans doute, il présente certaines difficultés et parfois même des accidents ; mais ces inconvénients sont inférieurs à ceux qui peuvent résulter et résultent souvent dans ces conditions des accouchements à terme. La prudence dicte la conduite de l'accoucheur et l'engage à intervenir plus tôt, entre 8 mois et 8 mois 1/2, selon le degré du rétrécissement.

Pour venir de nouveau à l'appui de cette manière de voir, voici l'histoire obstétricale succincte d'une parturiente de l'espèce en question.

L'épouse P..., demeurant à Liège, ménagère, âgée de 35 ans, s'est accouchée une première fois dans le service en 1896 ; l'enfant était près du terme, pesait 3.110 grammes et mesurait 48 centimètres; il commençait à se macérer. Malgré ces circonstances qui devaient rendre l'extraction aisée, nous avons dû exercer des efforts énergiques sur le forceps pour faire descendre la tête.

L'examen du bassin, pratiqué à cette occasion, nous a permis de constater un rétrécissement notable, attribué au rachitisme dont la patiente a été atteinte dans son enfance : le diamètre sacro-pubien a été évalué entre 8 centimètres 1/4 et 8 1/2.

C'est pourquoi nous avons engagé la femme, en cas de nouvelle grossesse, à venir nous trouver assez tôt pour provoquer le travail en temps opportun.

C'est ce qu'elle fit un an et demi après. Nous provoquâmes le travail au 8e mois, et le 10 décembre 1898, elle mit au monde un enfant pesant 2.300 grammes et mesurant 45 centimètres. Cet enfant vint vivant, mais doué de peu de vitalité, il succomba dix-huit heures après sa naissance.

A la 3e grossesse, survenue l'année suivante, nous avons fait de nouveau venir l'enfant avant terme, mais cette fois, à huit mois bien révolus : l'épouse P... a mis au monde, le 13 septembre 1899, un enfant pesant 2.600 grammes et mesurant 46 centimètres, qui est encore aujourd'hui en bonne santé.

Il en a été de même à la 4e grossesse, terminée le 20 janvier 1901, 4 heures, la dilatation est comme une petite paume de main et elle est tout à fait complète à 6 heures du soir.

La patiente est chloroformée et placée dans la position obstétricale ; on introduit la main, on rompt les membranes, on saisit les deux pieds et on procède à l'extraction, qui ne présente aucune difficulté ; la tête elle-même est dégagée aisément par la manœuvre classique de Mauriceau.

L'enfant naît un peu étonné ; le bain stimulant et quelques frictions suffisent pour le faire crier.

Délivrance naturelle au bout de dix minutes et soins consécutifs ordinaires.

Le nouveau-né est du sexe féminin, pèse 2 kil. 400 et mesure 48 centimètres. La tête a les diamètres suivants : B P, 8,5; O F, 10,6; S O F,10,3 ; S O B, 8,9 ; O M, 11,6 ; S O M, 11,9.

Suites de couches. — Les suites ont été absolument normales et n'ont pas offert la moindre particularité : la température axillaire, prise régulièrement matin et soir, comme toujours, a été *au maximum* de 37,4 ; le pouls, 88. La mère a eu bon appétit et a pu allaiter complètement son enfant à partir du 4e jour.

Voici les poids et la température anale du bébé pendant son séjour à la Maternité :

21	août	2400	grammes.	T°	35,6
23	—	2270	—	—	36.
24	—	2290	—	—	36.
25	—	2350	—	—	36,2
26	—	2400	—	—	36,4
27	—	2430	—	—	36,3
28	—	2450	—	—	36,8
29	—	2480	—	—	36,5
31	—	2550	—	—	36,8

Il a été dans la couveuse jusqu'au 28 ; le pédicule ombilical est tombé le quatrième jour ; les trois premiers jours, l'enfant a eu du lait de vache coupé d'eau de Vichy (15 grammes de chacun toutes les 2 heures) puis le sein exclusivement.

La mère et l'enfant sont retournés en excellent état le dixième jour. Ils sont revenus à la consultation des nourrissons les 16 et 30 septembre : les poids étaient de 2,950 et 3,600 grammes, soit une augmentation de plus d'un kilo pour le premier mois.

En résumé, sur les quatre accouchements prématurés provoqués chez cette rachitique, trois enfants ont été définitivement sauvés, sans compromettre le moins du monde la santé de la femme. Aucun autre mode d'intervention ne procure des résultats aussi avantageux.

GYNÉCOLOGIE

LE TRAITEMENT DES FIBROMES DE L'UTERUS EST D'ORDRE EXCLUSIVEMENT CHIRURGICAL. AVANTAGES DE L'ENUCLEATION (1).

Par M. E. OZENNE,

Ancien Interne des hôpitaux, Chirurgien de Saint-Lazare.

Il est vraiment regrettable pour nos collègues, MM. Moutier, Delherm et Laquerrière, que toutes les femmes atteintes de corps fibreux de l'utérus ne puissent assister à nos séances, car je ne doute pas qu'elles formeraient autour d'eux un imposant cortège d'admiratrices prêtes à se confier à leurs soins. Elles ne pourraient certainement résister aux chauds plaidoyers de nos collègues en faveur du traitement électrique comme méthode curative des fibromes. Et nous-même, après les conclusions qui nous ont été exposées, nous serions presque entraîné à épouser cet enthousiasme, si nous n'avions présentes à l'esprit les complications tardives, souvent graves, quelquefois mortelles, que présentent parfois les malades qui ont le tort de ne pas se débarrasser de leurs tumeurs, et si nous n'avions gardé le souvenir d'un aphorisme qu'un des apôtres les plus convaincus de l'électrothérapie, le Dr Apostoli, se plaisait à émettre en ces termes : « L'électricité ne se prétend qu'un auxiliaire utile de la chirurgie. »

Veuillez bien remarquer que ce n'est pas un chirurgien qui a tenu ce langage, mais un électrothérapeute qui, pénétré de la valeur de l'électricité, savait, par une longue expérience, qu'elle n'avait rien à gagner en cherchant à se substituer à la chirurgie.

En effet, ces deux méthodes thérapeutiques n'ont-elles pas, chacune d'elles, leurs indications propres ? Leur champ d'action est assez vaste pour qu'elles puissent vivre l'une et l'autre en bonne intelligence, et nous ne pouvons que regretter, dans leur intérêt réciproque, qu'elles cherchent à empiéter sur un domaine, où trop souvent la déception les attend.

Sur le terrain des fibromes de l'utérus, la lutte entre elles continue cependant à être en pleine vigueur et déjà plusieurs fois cette question de thérapeutique a été soulevée devant nous. Au commencement de cette année, notre collègue, M. Moutier, nous en a entretenus. J'ai lu sa communication et, si je l'ai bien comprise, je crois qu'on peut la résumer en disant qu'après avoir fait, à juste titre, le procès des traitements médicamenteux et après avoir rappelé que le massage et le curettage ne sont souvent que des traitements palliatifs, notre confrère estime que le traitement de choix est le traitement électrique (1).

(1) Communication à la Société Médico-Chirurgicale (séance du 24 octobre 1904).

(2) A. MOUTIER. Traitement électrique des fibromes utérins. (*Bul. Soc. Médico-chir. 1904*, p. 37.)

C'est à cette même conclusion à laquelle arrivent MM. Delherm et Laquerrière dans leur récente communication puisque, suivant eux, « la méthode d'Apostoli leur apparaît, en raison de leur expérience comparative, le procédé le meilleur du traitement du fibrome » (2).

En un mot, s'il existe entre nos collègues quelques divergences sur le mode d'électrisation à mettre en pratique, ils sont unanimes à proclamer qu'à part certains cas qui sont justiciables de l'intervention chirurgicale, tous les autres fibromes de l'utérus doivent être traités par l'électricité. C'est, à leur avis, le premier traitement auquel on doit donner la préférence et l'on n'aura recours à une opération radicale qu'en cas d'échec.

Entre les mains de nos collègues, l'électricité n'est pas seulement un moyen qui agit sur les symptômes en les palliant ou en les faisant disparaître pour un temps plus ou moins long, mais encore un agent qui produit la guérison. L'électrothérapie serait la méthode curative par excellence de ces tumeurs fibreuses.

Nous ne pouvons souscrire à un pareil jugement, qui est trop souvent mis en défaut par l'observation clinique, et même, loin de considérer l'électricité comme un moyen de guérir radicalement les malades, nous la regardons comme un traitement palliatif nuisible, vu les suites éloignées dangereuses et le genre de mort auquel succombent ultérieurement beaucoup de malades ainsi traitées.

Personne assurément ne conteste l'action de l'électricité sur les principaux symptômes de quelques-unes de ces tumeurs. En effet les hémorragies, après une augmentation passagère fréquente, diminuent de quantité, puis disparaissent dans un espace de temps variable. Les douleurs, les troubles fonctionnels s'atténuent et s'éteignent en même temps qu'on note un relèvement de l'état général. Quant à la tumeur elle-même, on constate une diminution de son volume, quand elle est entourée d'une zone congestive ou inflammatoire. C'est avec ces produits inflammatoires que sont en corrélation les troubles symptomatiques ; aussi rien de plus naturel que de voir ces derniers s'amender lorsqu'il y a eu résorption des premiers.

La tuméfaction totale a subi, il est vrai, une diminution, mais cette diminution n'a porté que sur la zone inflammatoire ; la masse fibreuse elle-même, tout en paraissant plus petite et plus dure, parfois segmentée par suite de la résorption de la gangue inflammatoire qui réunit plusieurs tumeurs, ne s'est pas rétractée. Rappelons cependant que quelques auteurs affirment la possibilité de cette rétraction ; inutile d'ajouter que la preuve en est fort difficile à fournir.

Cette réserve faite sur l'état des fibromes, il n'en est pas moins vrai que les accidents ont pu disparaître soit momentanément, soit pour toujours après de nouvelles applications du traitement, et les malades, ne portant plus qu'un corps étranger tolérant et bien

(1) Delherm et Laquerrière. Traitement électrique des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli. (*Bull. Soc. Médico-chir. 1904*, p. 156.)

toléré, peuvent être considérées comme guéries. On en a publié d'assez nombreuses observations, parmi lesquelles les unes ne peuvent donner lieu à aucune critique, car les malades ont été vues et revues dans la suite. Mais combien d'entre elles, après une augmentation lente et graduelle de leur tumeur, se présentent dans le cabinet du chirurgien, ou, tourmentées par des phénomènes d'ordre médical, sont contraintes de réclamer les soins d'un médecin! Les unes et les autres restent ignorées des électrothérapeutes qui les ont antérieurement soignées...

Il ne faut pas, en effet, oublier que les heureux résultats d'un moment sont loin d'être toujours définitifs. Assez souvent il n'y a qu'une régression temporaire de la tuméfaction et qu'une trêve dans les accidents symptomatiques. Un jour ou l'autre ces accidents reparaissent et, comme nous l'avons déjà dit, ils peuvent être de nouveau combattus par l'électricité ; mais il arrive souvent une époque où ils se montrent avec une intensité contre laquelle ce traitement échoue, et dans des conditions beaucoup moins favorables à une intervention chirurgicale. D'autres fois, ce qui n'est pas rare, à la suite d'un laps de temps variable, partagé entre des alternatives de calme et de retour des accidents, les malades succombent par insuffisance fonctionnelle d'un organe, dont la dégénérescence est en réalité imputable aux troubles vasculo-nerveux provoqués par le fibrome.

Aussi ne puis-je même me rallier à cette opinion des partisans du traitement électrique qui n'admettent plus qu'un très petit nombre d'indications pour le traitement radical. Pour eux, il ne faudrait recourir à une opération que dans les cas de dégénérescence kystique, de tumeurs volumineuses s'accompagnant d'accidents de compression, de malades qui, comme le dit M. Moutier, ne peuvent plus porter leur ventre.

Cette concession, quoique empreinte de générosité, ne donne pas satisfaction aux véritables intérêts des malades. Quand il s'agit de corps fibreux, l'électricité ne peut suppléer l'opération que si l'on ne consent pas à cette dernière ou si l'état général de la malade s'y oppose. Mais c'est, à notre avis, une erreur que de la considérer comme le traitement de choix, car elle entretient les malades dans une quiétude dangereuse puisque, au lieu d'une guérison certaine et durable que l'on ne peut assurer, il n'y a souvent qu'une amélioration trompeuse.

Si, en effet, le fibrome est anatomiquement et par lui-même une tumeur bénigne, si les dégénérescences malignes qui peuvent apparaître avec lui sur l'utérus et qui ont pour point de départ ou la muqueuse de cet organe (épithélioma) ou le tissu cellulo-fibreux (sarcome) ne lui sont imputables qu'en ce qu'il peut être une cause permanente d'irritation, il n'en doit pas moins être regardé comme une tumeur d'une malignité particulière, car par son évolution il a un retentissement fâcheux sur toute l'économie.

On sait que la malignité d'une tumeur ne réside pas seulement dans sa texture et dans ses transformations. Il faut aussi tenir compte de son développement, de son siège, de la multiplicité des accidents et des complications qu'elle détermine et de la gravité des opérations auxquelles on est amené tardivement.

Je ne rappellerai qu'en passant les phénomènes bien connus de compression sur les organes de voisinage, s'accusant par des douleurs rebelles dans les membres inférieurs, par la rétention des matières fécales et des urines, par des accidents d'obstruction intestinale, d'hydronéphrose et d'urémie, lorsque les tumeurs se développent en haut et en arrière et acquièrent un certain volume ; et je crois surtout devoir insister sur les dégénérescences graisseuse et scléreuse des reins, du foie, du cœur et du système vasculaire que les fibromes provoquent lentement et insidieusement et auxquelles les malades doivent une mort anticipée.

Ces faits sont plus communs qu'on ne l'a signalé et, si un relevé des décès de toutes les femmes atteintes de fibromes, non traitées chirurgicalement, pouvait être fait, je suis convaincu que la plupart de ces décès devraient être indirectement rapportés à ces tumeurs.

Donc, si l'on veut prévenir ces complications et guérir radicalment les malades, il faut rejeter tout traitement palliatif, qui ne donne qu'une sécurité trompeuse, et engager les médecins à conseiller l'ablation du fibrome à l'époque la plus rapprochée de son début. L'intérêt des malades serait d'extirper ces tumeurs *ab ovo*. Je sais bien que quelques-uns trouveront cette ligne de conduite trop absolue et lui reprocheront de conduire à fairè des opérations sans nécessité immédiate ; mais que de fois, en agissant ainsi, on épargnera aux malades des complications graves et des lésions irréparables, sans compter la période d'infirmité, souvent longue, qu'elles ont à traverser, si elles ne se soumettent qu'aux différents traitements symptomatiques !

Nous pensons donc que le traitement curatif des fibromes de l'utérus est d'ordre exclusivement chirurgical, nous montrant sur ce point aussi radical que nous le sommes peu, au contraire, pour les cancers du même organe. Aussi, à part les cas où les malades sont dans un état précaire ou sont arrivées à un âge avancé avec des tumeurs qui ne s'accompagnent pas d'accidents menaçants, l'intervention opératoire doit être conseillée.

Elle sera d'autant plus indiquée que la femme est plus jeune et la tumeur de date plus récente. C'est alors qu'une énucléation du fibrome, encore peu volumineux et bien circonscrit, aura plus de chances d'être faite avec succès. L'opération sera plus facile et plus bénigne qu'une hystérectomie et, comme elle sera pratiquée de bonne heure, alors que les viscères n'ont pas encore eu le temps de dégénérer, la guérison complète en sera plus assurée.

C'est ce que je défendais déjà il y a quelques années dans une

autre enceinte (1), et aujourd'hui je ne crois pas devoir changer d'avis, quoique la bénignité actuelle de l'hystérectomie supra-vaginale ait fait préférer cette opération aux énucléations. Je donnais alors pour raisons de ma préférence le moindre danger que fait courir une énucléation et les inconvénients d'une brusque ménopause artificielle.

C'est, en effet, un point dont on ne se préoccupe pas assez, car la suppression des règles apporte en général dans l'économie une perturbation que l'on a essayé en vain de combattre, soit en laissant une portion d'ovaire en place, soit en soumettant les malades à l'opothérapie.

Les accidents s'expliqueraient par ce fait qu'ils ne sont pas seulements dus à la suppression des ovaires, mais encore à celle de l'utérus. C'est l'opinion qui vient d'être émise de nouveau par nécessaire à l'équilibre physiologique de la femme. L'auteur appuie M. Henkel (2), pour qui la matrice jouirait d'une sécrétion interne cette opinion sur une statistique de 40 opérations conservatrices, pratiquées par M. Olshausen depuis cinq années. Chez ces 40 femmes, les accidents habituels à la ménopause artificielle ont complètement manqué. J'ajouterai, en terminant, que l'énucléation offre encore cet avantage de permettre aux opérées de redevenir enceintes.

PARALYSIES STOMACALES POST-OPÉRATOIRES, OU COMPLIQUANT CERTAINES AFFECTIONS PÉRITONEALES,

par M. le Dr Paul Reynier, chirurgien de Lariboisière.

J'ai déjà attiré à plusieurs reprises l'attention de mes confrères sur l'importance qu'il y a à surveiller l'état de l'estomac à la suite de nos opérations ou dans certaines lésions du péritoine. Au Congrès de chirurgie de 1903, je montrais que l'estomac pouvait se paralyser comme se paralyse la vessie à la suite de nos interventions abdominales ou juxta-abdominales. Ces paralysies se traduisent par tout un ensemble de symptômes qui, s'ils ne sont pas connus, peuvent être rattachés à des symptômes péritonéaux pour lesquels on se croit désarmé ; tandis que si nous les connaissons, nous avons toute une thérapeutique efficace à y opposer. En effet, ces paralysies donnent lieu à la petitesse et à la fréquence du pouls comme dans la péritonite, au faciès tiré péritonéal, au ballonnement du ventre ; et comme souvent ces paralysies s'accompagnent également de paralysie intestinale, les malades ont des phénomènes d'obstruction et ne rendent pas de gaz par l'anus. Les malades, le plus souvent, n'ont que du hoquet, ils ne vomissent pas, mais ont des expectorations de matières noirâtres, qu'autre-

(1) E. Ozenne. Traitement chirurgical des Fibromes de l'utérus. (*Bull. Soc. Méd. IXe arr. T. XVII, 1900*, p. 93.)

(2) Max Henkel. Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice des fibro-myômes utérins. (*Semaine médicale 1904*, p. 324.)

fois nous prenions pour des matières fécales et qui ne sont que des mélanges de bile, de sang, de liquide stomacal qui peuvent être augmentés par les boissons que les malades ont prises et qui distendent encore plus l'estomac. Ces expectorations ne sont donc des expectorations que par regorgement, et si l'on n'est pas averti et si l'on n'apporte pas de remède à cet état de choses, on voit le malade s'affaiblir et vers le huitième ou neuvième jour, mourir dans un grand vomissement final de ces matières noirâtres.

De ces faits, je vous demande la permission de rappeler la première observation que j'ai eue et dont j'ai déjà parlé au congrès de chirurgie, mais qui doit vous frapper comme elle m'a frappé, car elle a été le trait de lumière qui m'a conduit à étudier ces lésions.

J'avais fait une néphropexie, opération tout à fait en dehors du péritoine. Les jours qui suivirent l'opération, la malade n'avait pas vomi. Tout, pendant les deux premiers jours, paraissait aller très bien, mais soudain le pouls devenait plus fréquent, le faciès changeait, prenait l'aspect péritonéal; et le quatrième jour, la malade ne rendait pas de gaz par le rectum, ayant du hoquet. Je levai le pansement, cherchant tout d'abord du côté de la plaie. De ce côté il n'y avait aucun phénomène inflammatoire. Mais le ballonnement du ventre me frappa, et, en le répercutant, je fus surpris de trouver une tumeur qui me donna l'impression d'un kyste de l'ovaire ; et vous comprenez combien en constatant cette tumeur je fus surpris, me demandant comment j'avais pu méconnaître une pareille tumeur, et faire une néphropexie, lorsque la malade était porteuse avait dû se faire une torsion d'un petit kyste qui avait pu passer inaperçu, et que, par le fait de cette torsion, le kyste, en quelques heures, avait pris ce développement considérable. La malade ne rendait aucun gaz et n'avait pas eu de garde-robe. On lui avait inutilement donné un lavement et une purgation. J'ordonnai un lavement électrique qui fut administré le jour même, mais qui ne produisit aucun résultat.

Le lendemain je trouvai la malade avec un pouls beaucoup plus précipité, un faciès beaucoup plus mauvais, et je crus devoir intervenir. Persuadé toujours que j'avais affaire à un kyste, je fis une incision sous-ombilicale, et je tombai en effet sur une tumeur à paroi mince contenant un liquide noirâtre, donnant absolument l'aspect d'un kyste de l'ovaire tordu, à liquide sanguinolent. Je ponctionnai, et par la ponction j'évacuai deux à trois litres d'un liquide noirâtre peu épais ; mais à ma grande surprise, au fur et à mesure que la tumeur se vidait, la paroi prenait un aspect musculaire et la tumeur s'élevait au-dessus de l'ombilic ; de telle sorte qu'il n'y avait plus de doute pour moi : cette tumeur, que j'avais prise pour un kyste, n'était que l'estomac paralysé, distendu et qui, comprimant les anses intestinales, avait occasionné les symptômes d'occlusion qu'avait présentés la malade.

Comme je viens de vous le dire, ce fait avait attiré mon attention

sur ces paralysies stomacales, et, les recherchant, je les trouvai bien plus souvent qu'on ne peut le croire. Bien des malades ont à la suite de nos opérations une dilatation stomacale plus ou moins passagère, et quand elle est légère, qui passe inaperçue. Mais, d'autres, sans avoir des estomacs distendus comme celui de la malade dont je viens de vous rappeler l'histoire, vers le deuxième ou le troisième jour consécutif à l'opération, prennent le faciès péritonéal, un pouls qui devient plus fréquent, plus petit, et ces malades qui n'avaient pas eu de vomissements chloroformiques, se mettent à avoir ces expectorations noirâtres si caractéristiques.

De ces faits, j'ai cité plusieurs exemples dans ma communication au congrès de chirurgie, mais en même temps, j'attirais l'attention sur les effets merveilleux d'un catéthérisme de l'estomac suivi de son évacuation ; catéthérisme pratiqué rapidement dès les premiers symptômes. On voit, en effet, dès que l'estomac a été vidé, un mieux notable se produire dans l'état du malade qu'il accuse de lui-même : le facies change, le pouls se relève, et les symptômes d'aspect péritonéaux qu'il présentait, disparaissent le plus souvent presque instantanément. Non seulement l'évacuation suivie du lavage de l'estomac faite dans ces conditions arrête le hoquet, les vomissements noirâtres, mais s'il est fait rapidement, l'estomac reprend sa tonicité, et le malade ne vomit plus.

Je ne saurais donc trop attirer l'attention de mes collègues sur ce sondage de l'estomac fait à propos, et qui peut nous rendre des services incontestables. Dans une communication à l'Académie, j'ai pu montrer par des expériences comment cette distension stomacale pouvait produire ces troubles circulatoires et comment par l'évacuation on pouvait les faire disparaître.

En effet, liant sur un chien le pylore et le cardie, je distendais cet estomac avec de l'eau et je voyais la pression artérielle prise dans la carotide, et que j'enregistrais sur un cylindre enregistreur, tomber progressivement au fur et à mesure que l'estomac se distendait ; et au moment où cette pression tombait de 16 à 5 centimètres de mercure, que l'animal paraissait mourant, si j'évacuais l'estomac, je voyais la pression remonter presque à la normale.

Or, de ces faits, je voudrais vous donner de nouveaux exemples aujourd'hui : Cette année, je soignais avec le docteur Ricoux, un malade atteint d'appendicite grave ; ce malade avait été pris de symptômes d'appendicite à Amiens ; il avait vu un médecin qui lui avait conseillé une purgation ; sous l'influence de cette purgation il s'était mis à vomir. Mais malgré cela, le malade au deuxième jour avait pris le train, était arrivé à la gare du Nord où il s'était fait conduire à Neuilly chez ses parents. C'est là que je le vis à onze heures du soir, et je le trouvai avec un faciès péritonéal, le ventre ballonné, le pouls petit et vomissant. Je le mis à la diète absolue de liquide et d'aliment et lui fis appliquer une grande vessie de glace sur le ventre.

Le lendemain matin, les symptômes s'aggravant, je le faisais transporter à la maison de santé ; là, on continua le traitement ; quand je le vis le soir à 4 ou 5 heures, c'était un dimanche, je trouvai le malade commençant à expectorer ces matières noirâtres dont je vous ai parlé ; il n'y avait pas de doute pour moi qu'il faisait de la paralysie stomacale, d'origine septique ; je revenais une heure après avec mon ami M. Loiseau, très expert dans ces catéthérismes stomacaux, et je lui faisais faire le lavage de l'estomac. Nous retirions un litre de ces matières noires ; immédiatement le malade se trouvait soulagé ; le pouls, de 120 qu'il était revenait à 100, et le faciès changeait.

Le lendemain matin, le malade paraissait si bien que je chantais déjà victoire. Mais le soir, la région stomacale de nouveau se ballonnait, faisant un contraste avec la partie inférieure du ventre qui, au contraire, sous l'influence de la glace s'aplatissait. Il semblait donc que l'inflammation péritonéale se propageait aux parties supérieures de l'abdomen. En même temps le malade se remettait à vomir, le lendemain mardi. Devant ces vomissements incessants, le lendemain je pratiquai de nouveau le lavage de l'estomac, mais cette fois je ne ramenai que de la bile. A la suite de ce lavage, les vomissements s'arrêtèrent et, le jeudi matin, le malade entrait en pleine défervescence et tout symptôme inquiétant disparaissait. La glace était continuée jusqu'au trentième jour, et j'opérai mon malade à cette époque.

Voici enfin une dernière observation que j'ai pu recueillir ces jours derniers dans mon service : Il s'agit d'une femme que j'avais opérée d'un fibrome par hystérectomie abdominale. Ce fibrome était très adhérent avec des annexes malades dont l'ablation laissa le péritoine du petit bassin saignant en nappe. Je fus donc obligé de terminer mon opération avec un drainage à la Mikulicz. Deux jours après l'opération, la malade, qui n'avait pas eu de vomissement chloroformique, présentait un peu de température. Je fis l'opération des drains et je retirai à peu près la valeur d'un verre à bordeaux de sang noirâtre ; en même temps j'enlevais mon Mikulicz en laissant deux drains. Comme le ventre était ballonné et que la malade n'avait pas rendu de gaz, j'ordonnai une piqûre de strychnine que je préconise spécialement contre les paralysies intestinales. Le lendemain matin, mon interne, M. Lutaud, qui est ici présent, trouvait la malade expectorant des matières noirâtres, ayant un pouls à 120°, un faciès péritonéal, et, devant ces symptômes, connaissant ma pratique, n'hésitait pas à faire le sondage de l'estomac et retirait une cuvette, toujours de matières noires, en même temps qu'il ordonnait une piqûre de strychnine ; quand j'arrivai, je trouvai la malade beaucoup mieux, exprimant un grand bien-être à la suite de ce lavage. Le pouls, qui était à 120°, n'était plus une heure après qu'à 100°. Mais comme la température était encore à 38°, je crus devoir faire un drainage abdomino-vaginal. En même temps j'ordonnai de

donner du calomel pour la faire aller à la garde-robe et de renouveler la piqûre de strychnine.

Le lendemain matin, la malade avait été en effet à la garde-robe, n'avait pas vomi et se trouvait hors de danger.

Il me paraît utile d'attirer l'attention de mes confrères sur de pareils résultats, car ils leur montrent tout ce qu'ils peuvent retirer en pareille circonstance d'une évacuation stomacale, faite dès que les symptômes de paralysie stomacale apparaissent.

EMBRYOLOGIE

LA SELECTION GENERATRICE

Loi déterminant le sexe de l'enfant et ses qualités originelles
par C. Renooz.

L'importance de cette question nous engage à soumettre à nos lecteurs les idées récemment émises par un physiologiste distingué, *qui n'est pas médecin.*

L'originalité des vues, la nouveauté de certaines conceptions attireront certainement l'attention.

Le sexe de l'enfant, les hypothèses proposées. — Depuis quelques années l'attention des savants est portée vers la solution de cet important problème : trouver la loi qui détermine le sexe de l'enfant.

Diverses théories ont été proposées. Celle qui a fait le plus de bruit dans ces dernières années repose sur les conditions alimentaires de la mère, la suralimentation donnant des filles et le régime insuffisant devant donner, comme résultat, des garçons.

Il est facile de démontrer la fausseté de cette théorie, d'abord en faisant remarquer que le sexe de l'enfant étant déterminé le vingt-huitième jour après la conception, l'alimentation de la mère, pendant la gestation, ne peut y être pour rien ; ensuite en rappelant que dans les cas de grossesses doubles les jumeaux peuvent être de sexe différent, la mère ayant eu la même alimentation pendant qu'elle les portait tous les deux.

Enfin la plupart des femmes mariées sont, pendant toutes leurs années de jeunesse, soumises à une même alimentation, les femmes de la campagne surtout, et, cependant, dans ces conditions identiques, elles mettent au monde des filles et des garçons.

Si l'alimentation de la mère avait une influence, elle se ferait sentir, en général, dans les différentes classes sociales ; chez les mères riches les filles prédomineraient toujours et dans les classes pauvres on n'aurait que des garçons, fait qui ne se produit pas.

L'alimentation de la mère peut avoir une influence *quantitative*, elle peut restreindre ou augmenter la fécondité, mais elle n'a pas d'influence *qualitative*, elle ne peut pas déterminer le sexe.

Nouvelle théorie. — Le sexe de l'enfant est déterminé par une autre cause. Il dépend du milieu dans lequel l'embryon subit son premier développement, et ce milieu varie suivant l'époque de la fécondation. Je m'explique :

Le mois physiologique de la femme comprend 28 jours. Cette période est limitée par deux ondées sanguines, l'une antérieure, l'autre postérieure à la fécondation. L'embryon peut donc commencer son développement dans des conditions très différentes, si la conception a lieu peu après la période menstruelle qui vient de finir ou à un autre moment qui la rapproche de la période suivante qui va se produire. De cette époque résultent les causes qui vont déterminer le sexe.

Nous allons voir pourquoi cela est ainsi.

L'apport du père et de la mère. — Au moment de la fécondation le père donne une cellule génératrice qui représente l'élément nerveux, le principe même de la vie, et qui commence le développement des nerfs sensitifs (les seuls qui existent au début de l'évolution). Cet apport paternel contient la *formule chimique* du père, sa marque de fabrique, et détermine la ressemblance des descendants, qui se manifeste surtout dans les caractères qui proviennent du système nerveux.

La mère donne l'ovule qui a les propriétés chimiques et physiologiques du globule blanc du sang — le leucocyte — et qui commence le système sanguin. C'est elle qui donne les éléments qui servent à l'édification de la charpente du corps et c'est par les caractères corporels que l'enfant ressemble surtout à sa mère.

De ces deux éléments l'ovule est, de beaucoup, le plus volumineux, mais le rôle de la cellule paternelle est beaucoup plus actif — et considérablement plus important.

Ces apports sont toujours les mêmes, quelle que soit l'activité génératrice des parents.

S'ils déterminaient la sexualité de l'enfant, un même couple aurait toujours des enfants du même sexe :

L'apport du père prédominant, ce seraient des filles qui naîtraient, puisque c'est lui qui donne l'élément nerveux sensitif qui prédomine dans le sexe féminin ;

Si l'apport de la mère l'emportait, ce seraient des garçons qui verraient le jour, puisque la mère donne les éléments sanguins générateurs du corps (systèmes osseux et musculaire) et, par là, générateurs des nerfs moteurs qui engendrent la force musculaire prédominant chez les mâles.

Mais l'activité génératrice des parents n'a aucun pouvoir sur la nature des éléments générateurs qu'ils sécrètent ; elle ne les modifie en rien et ne leur donne aucune prépondérance.

Influence du milieu primitif. — Ce qu'il faut considérer, c'est que les conditions dans lesquelles le développement commence ne sont

pas toujours les mêmes ; elles varient — nous l'avons dit — suivant le jour de la fécondation.

Dans l'ovule fécondé le germe du père, qui commence le travail de vie, crée le système nerveux qui progresse sans entrave jusqu'au moment où se produit l'ondée sanguine de la mère, qui apporte subitement un élément nouveau. Ce grand événement change le milieu primitif de l'embryon qui, par ce concours, va amplifier son corps, tout en continuant à développer lentement son système nerveux.

Or, quand ces conditions nouvelles se produisent, l'âge de l'embryon n'est pas toujours le même, il varie d'après le jour de la fécondation, qui peut avoir eu lieu au commencement du mois physiologique, ou au milieu, ou à la fin.

Si l'embryon a commencé son développement 27 jours avant, il est déjà avancé dans sa formation nerveuse quand l'élément sanguin lui arrive, il a donc *une avance nerveuse* sur le développement sanguin (c'est-à-dire corporel). Cette avance varie suivant l'âge qu'il a au moment de l'ondée sanguine. S'il n'a que cinq jours, ou quatre, ou trois alors, son système nerveux est peu avancé quand son développement corporel commence. Dans ces conditions, l'enfant qui naîtra sera plus sanguin que nerveux ; il aura un grand corps et un petit cerveau.

La fécondation peut avoir lieu tous les jours du mois et déterminer la conception à n'importe quel moment. Ceci est en contradiction avec la théorie de Pouchet qui avait affirmé que l'ovulation est *spontanée et mensuelle*. C'était là une de ces erreurs dont la science est encombrée, un de ces *préjugés scientifiques* qui empêchent les idées vraies de se produire.

La fonction génitrice de la femme — l'ovulation — est soumise à la même périodicité que la fonction génératrice masculine et entraîne le même état ; elle n'est pas mensuelle (1).

Le mois physiologique de la mère. — Divisons le mois physiologique de 28 jours en deux périodes de 14 jours chacune.

Si la mère est fécondée pendant les 14 premiers jours après les menstrues, l'embryon qui se formera développera toujours son système nerveux pendant un temps qui varie entre 14 et 28 jours, avant l'apparition de l'ondée sanguine subséquente qui, lorsqu'elle apportera la masse de matière nutritive qui va développer le corps, tombera sur un embryon déjà avancé dans son travail nerveux.

Si la femme est fécondée pendant les 14 jours de la seconde période, le système nerveux de l'embryon sera toujours moins

(1) L'ovulation n'a aucun rapport de périodicité avec les menstrues. Ce qui le prouve, c'est que cette fonction apparaît dans la vie féminine bien avant les menstrues et finit bien après. Le phénomène mensuel ne résulte pas d'une congestion de l'ovaire, comme on l'a dit et le sang des menstrues n'arrive pas par les capillaires des ovaires, mais par les artères de l'utérus.

avancé au moment où arriveront les éléments de l'accroissement corporel.

C'est cette différence dans la précocité nerveuse ou sanguine qui détermine le sexe et génère toutes les différences originelles qui caractérisent les individus. Les embryons générés pendant la première période mensuelle prendront le sexe féminin, les embryons générés pendant la deuxième période (les 14 derniers jours du mois) prendront le sexe masculin.

Les principes sanguins et nerveux. — Il résulte de ce que nous venons de dire que les principes sanguins et nerveux sont inégalement répartis dans les individus.

Chez les filles, le système nerveux a pris une avance de 15 à 27 jours pendant lesquels il s'est développé librement avant l'arrivée des éléments sanguins ; il en résulte que dans toute la suite de son évolution, la femme est plus nerveuse que sanguine.

Chez les garçons, le développement du système nerveux est entravé plutôt par l'ondée menstruelle qui lui apporte les principes générateurs des os et des muscles, si bien que son corps va se développer plus puissamment que celui des êtres du sexe féminin.

Le capital sanguin et nerveux des garçons et des filles diffère au début même de la vie, et c'est cette différence qui détermine le sexe en même temps qu'elle entraîne des conséquences physico-chimiques qui vont créer une physiologie différente chez chacun d'eux.

Après 28 jours le sexe est déterminé, et alors l'équilibre définitif de l'individu est fixé.

Les inégalités originelles. — Chacune des deux périodes que nous venons de mentionner comprend 14 degrés. C'est ce qui sépare les filles entre elles, les garçons entre eux.

L'embryon féminin fécondé le premier jour du mois est plus avancé de 12 degrés dans la vie nerveuse que l'embryon fécondé le treizième jour. Ceci nous explique pourquoi à côté de femmes petites et nerveuses on trouve des femmes grandes et sanguines. Les éléments sanguins et nerveux ont été inégalement représentés en elles au début même de leur développement et les différences originelles sont irrévocables.

Les mêmes degrés existent entre les garçons. Les premiers de la série masculine se rapprochent des caractères féminins, les derniers s'en éloignent, leur système nerveux est peu développé et leur masse corporelle est prépondérante.

Le sexe primitif. — Tous les embryons, quel que soit le moment où ils commencent leur évolution, ont d'abord en eux le germe du système nerveux qui exerce librement son action synthétique : c'est lui qui divise et multiplie l'ovule durant un temps variable. Pendant cette période primitive l'embryon prend toujours les caractères du sexe féminin ; il les garde définitivement si ce premier processus n'est pas interrompu avant 14 jours : alors ce sont des filles qui se

forment. Si le premier mouvement nerveux est interrompu avant 14 jours il se produit une modification dans la polarisation primitive. Il en résulte un changement de sexe, et les caractères masculins se préparent.

La polarisation sexuelle. — Le cœur est un plan neutre qui partage le corps en deux moitiés inversement polarisées. Si nous disons que le système nerveux est électro-positif, le système sanguin sera électro-négatif. Le premier a, d'abord, une tendance à se diriger vers le pôle cérébral ; le second a une tendance à se diriger vers le pôle opposé. Ces conditions qui existent au début de la vie, persistent dans le sexe féminin, elles déterminent la physiologie sexuelle de la femme, qui, dans la génération, donne l'élément sanguin, qui descend, et garde l'élément nerveux, qui monte.

Cette polarité primitive se renverse dans le sexe mâle lorsque l'ondée sanguine tombe sur le petit corps embryonnaire avant la moitié du mois physiologique, le sang qui arrive exerce une poussée vers l'extrémité céphalique en tombant (on sait que l'embryon en se développant se place la tête en bas), et cette chute détermine un changement de la polarisation primitive ; le système nerveux, encore mal assuré, cède sa place et change de direction ; il tend à remonter vers le pôle opposé. C'est cette polarité nouvelle qui se fixera dans le sexe mâle. C'est pour cela que, chez lui, le sang aura une tendance à se diriger vers le pôle cérébral (à monter dans la station actuelle qui est l'inverse de la station embryonnaire) ; l'élément nerveux aura une tendance à descendre, et c'est ainsi qu'il arrivera finalement à être donné à la génération, c'est-à-dire porté vers la partie inférieure du corps.

Conséquence de la polarité inverse dans les deux sexes. — De ces faits qui se produisent au début de la vie embryonnaire il résulte que les deux sexes sont inversement polarisés et c'est là ce qui fait la grande différence des sexes manifestée dans toutes leurs fonctions.

Chez le mâle l'influx nerveux tend à descendre par le système nerveux sexuel (le grand sympathique) dont l'action s'exerce de haut en bas. La poussée de la barbe dans cette direction en est le témoignage extérieur.

Le sang tend à monter, ce qui donne comme conséquence l'élargissement du corps par en haut.

Chez la femelle le sang tend à descendre, d'où la sécrétion ovarique et les menstrues, d'où aussi la réserve sanguine qui se dépose par en bas.

Cette polarité inverse explique la forme différente du tronc dans les deux sexes.

Chez la femme c'est une pyramide tronquée dont la base est au bassin ; chez l'homme, la partie la plus large du tronc est aux épaules.

En même temps l'influx nerveux chez la femme tend à monter pendant qu'elle donne à la génération l'élément sanguin, ce qui diminue sa force musculaire. Mais sa réserve nerveuse lui donne une grande intensité de vie.

Le centre de gravité du corps. — Il résulte de ce qui vient d'être dit que le centre de gravité du corps est placé plus bas chez la femme que chez l'homme. Si nous supposons le corps de l'homme partagé en mille parties égales, le centre de gravité se trouve à la quatre cent quinzième partie à partir du sommet de la tête.

Chez la femme, le centre de gravité correspond à la 440e partie à partir du sommet de la tête.

Leur manière de marcher en est la conséquence.

L'homme en marchant se balance par en haut ; la femme par en bas. Nous pouvons comparer leur corps à un métronome : si le poids est en haut, les oscillations sont amples et lentes ; si le poids est en bas, les oscillations sont rapides et courtes.

Antériorité motrice des mâles. — Les nerfs moteurs se forment aux dépens de l'élément sanguin qui engendre et nourrit les muscles. Ils doivent apparaître plus tôt chez les garçons que chez les filles puisque le développement sanguin commence plus tôt chez eux.

C'est entre le troisième et le quatrième mois de la vie intra-utérine que les nerfs moteurs commencent à se former et apportent avec eux, en puissance, tous les caractères de la vie animale qui se manifestent peu à peu, mais sont absents au début.

Cette avance de la motricité persistera toute la vie chez l'homme et lui donnera toujours une supériorité musculaire sur la femme. Mais celle-ci a une avance sensitive nerveuse qu'elle gardera aussi toute la vie et qui lui donnera toujours les caractères spécifiques de la sensibilité.

La durée de la gestation. — Il résulte de ces faits que la durée de la gestation n'est pas la même pour les garçons et pour les filles.

Jusqu'ici on calculait que la durée normale de la grossesse est de 270 jours ou neuf mois solaires ; les limites extrêmes étaient 260 et 294 jours. Jamais cette durée ne dépasse la dixième époque menstruelle.

Pour connaître la date de la naissance on comptait neuf mois après la date des dernières menstrues en ajoutant cinq jours pour leur durée et encore cinq jours après leur cessation.

Ces calculs n'avaient aucune valeur, surtout quand on sait que la fécondation peut avoir lieu pendant tous les jours du mois. Du reste, on ne savait pas non plus que l'écart que l'on constatait souvent venait de ce que la durée de la gestation n'est pas la même pour les deux sexes.

En effet, les mâles, arrivant plus tôt que les femelles au mouvement, sont doués plus tôt des caractères de la vie animale et, par

conséquent, prédisposés à faire, plus tôt que les filles, la poussée qui détermine l'accouchement.

L'antiquité connaissait les lois de la génération quand la Science primitive était enseignée dans les temples par les Prêtresses. Voici les résultats qui ont été laissés par elles et transmis par les sociétés secrètes qui ont conservé l'ésotérisme antique :

« Si la fécondation a lieu pendant les 12 premiers jours du mois, la gestation dure de 288 à 273 jours (c'est la série des filles).

« Si elle a lieu pendant les 12 derniers jours, elle dure de 273 à 258 jours (c'est la série des garçons). »

Le chiffre 273 était considéré comme la moyenne.

L'intensité vitale. — C'est le principe nerveux sensitif qui représente l'intensité vitale ; il est l'agent même de la vie.

Ce principe est inégalement réparti dans les individus qui naissent : les filles sont toujours plus riches que les garçons à ce point de vue, non seulement parce qu'elles ont, en naissant, un capital plus grand, mais aussi parce qu'elles gardent toute leur vie ce capital. Les garçons sont toujours plus pauvres en éléments nerveux ; de plus, ils sont soumis à une loi physiologique qui les oblige à dépenser ce capital dans les fonctions génératrices.

C'est cette différence entre les deux sexes qui fait que la longévité est plus grande chez les femmes que chez les hommes. La différence d'intensité vitale est déjà très marquée dans les premières années de l'existence. La mortalité est plus grande chez les petits garçons que chez les petites filles, parce qu'il naît des garçons si pauvres en principes nerveux que leur petit capital ne suffit pas à l'entretien des fonctions normales de la vie. Ceux-là sont sacrifiés d'avance, ils meurent dans la première année ; ce sont ceux qui sont nés d'une fécondation tardive dans le mois physiologique de la mère. S'ils vivaient, ce seraient des êtres mal équilibrés, doués d'un trop grand corps et d'un trop petit esprit.

« Petite lumière dans une grande lanterne », dit un proverbe flamand. C'est cette pauvreté physiologique que le Dr Schenk a voulu expliquer par l'insuffisance de l'alimentation de la mère.

D'après un démographe anglais, M. Holt Schooling, de deux enfants de sexe différent nés le même jour, un petit garçon a dix-sept chances de vie contre une de mort, tandis que la fillette en a vingt et une. Au delà de dix-neuf ans, les chances de survie pour la femme augmentent encore et deviennent, à quatre-vingt-cinq ans, tout à fait surprenantes.

En France, il meurt dans la première année 107 garçons pour 100 filles.

Cette circonstance fait que, presque partout, il reste plus de filles que de garçons.

Dans 33 Etats, il y a plus de femmes que d'hommes.

Statistique des naissances. — Cependant, la statistique nous dit qu'il naît plus de garçons que de filles.

Cette différence doit provenir de ce que le repos qu'on laisse à la femme au moment des menstrues, et qu'elle prolonge après le plus qu'elle peut, diminue de quelques jours la première période de fécondation, celle des filles ; tandis que la période des mâles n'est jamais arrêtée que par l'apparition des menstrues ; elle est donc complètement utilisée, même dans les derniers jours, si néfastes à la procréation.

En France, on compte en moyenne 106 naissances de garçons pour 100 de filles. Nous avons sous les yeux une statistique qui nous dit que, en Grèce, sur 100 filles, il naît 112 garçons. Mais sur 100 décès de filles, il y a 116 décès de garçons. Donc, ceux qui naissent en plus sont mal équilibrés et ne peuvent vivre longtemps. Mieux eût valu ne pas les faire naître.

Hérédité. — Ces vues nouvelles font comprendre les bizarreries de l'hérédité, la dissemblance qui existe entre des frères issus du même père et de la même mère, la grande distance qui sépare quelquefois la mentalité d'un fils et celle d'un autre ; tout dépend de la longueur du développement nerveux primitif qui donne le degré de sensibilité de l'individu. Un homme très bien doué, conçu dans les meilleures conditions de développement, c'est-à-dire au commencement de la période des mâles, peut avoir un fils conçu vers la fin de cette période, pendant les derniers jours qui ne produisent que des êtres mal réussis. Ce fils, tout en ressemblant à son père lui sera inférieur de tous les degrés qui ont séparé originellement leur conception : il sera sa caricature. Et ce même père peut encore avoir en outre un fils conçu, comme lui, dans un jour favorable et reproduisant ses caractères de supériorité. Les deux frères seront donc très différents l'un de l'autre.

M. Féré, qui a étudié l'hérédité morbide, dit à propos de ces dissemblances (*Revue des Deux-Mondes*, 15 novembre 1894) :

« La civilisation produit la tendance à la variation qui se manifeste principalement dans le sexe masculin que l'on voit fournir le plus grand nombre d'anomalies psychiques de tous ordres et, en particulier, les défauts les plus caractérisés, comme l'idiotie et la surdi-mutité, bien moins fréquentes dans le sexe féminin.

« Si au point de vue du développement et des anomalies intellectuelles, le sexe masculin paraît présenter une tendance plus marquée à la variation, il paraît en être de même au point de vue de la morphologie. M. Francis Warmer ayant passé en revue, tout récemment, dans les écoles d'Angleterre, 50,000 enfants, a trouvé 8,77 pour cent d'anomalies psychiques chez les garçons et seulement 6,78 chez les filles. Les anomalies fonctionnelles se trouvent ainsi plus fréquentes chez les garçons dans cette enquête. Une étude de ce genre devait comprendre aussi les enfants qui ne fréquentent pas l'école pour cause d'infirmité. Néanmoins, son résultat concorde avec les statistiques chirurgicales qui nous montrent que les anomalies de développement les plus connues,

comme le bec-de-lièvre, sont plus fréquentes dans le sexe masculin. »

Et plus loin, le même auteur ajoute :

« C'est surtout entre les sexes que naissent les différences intellectuelles et morales ; et on peut même dire que leur germe est dans la différenciation sexuelle même ; elles ne font que s'accentuer au point de rendre impossible la vie commune entre l'homme et la femme. On voit alors, dans les sociétés, la séparation des sexes se dessiner, les hommes cherchent les hommes et fuient les femmes. Chez les peuples tout à fait dégénérés, il n'y a plus de rapports entre eux, si ce n'est dans la jeunesse, où l'attrait sexuel efface momentanément la répulsion psychique du mâle et de la femelle.

« Dans le sexe mâle, la prédisposition morbide n'est pas le résultat d'une évolution troublée, mais d'une évolution précipitée ; c'est dans le sexe féminin que l'anomalie est le résultat d'un trouble dans l'évolution normale. »

En effet, comparez entre eux une fille née d'une fécondation précoce avec un garçon né d'une fécondation tardive, ces deux êtres qui peuvent être frère et sœur, mari et femme, sont dans des conditions intellectuelles, morales et corporelles si différentes qu'aucune communion d'idées ne peut exister entre eux; ils doivent, forcément, être en désaccord sur tous les points.

Conséquence de l'inégalité des individus. — Il y a inégalité absolue entre l'homme et la femme parce que leur polarité sexuelle est radicalement différente. Mais entre les hommes il y a aussi des différences. Elles sont de deux sortes : les différences originelles et les différences résultant des conditions de la vie sexuelle.

Les différences d'origine donnent les caractères intrinsèques de l'individu, le capital primitif de vie, la formule vitale, irrévocable et constante dans toute l'existence. Les caractères corporels de l'individu en sont le témoignage.

Les mâles des *premiers jours* ont un capital nerveux qui prédomine sur le développement sanguin ; ils se rapprochent des caractères féminins ; leur polarisation renversée seule les différencie de l'autre sexe ; leur intelligence est susceptible d'un grand développement et peut dominer la vie sexuelle. La sexualité mâle ayant été acquise tardivement est sur le second plan chez eux, la vie intellectuelle occupe la première place.

Les mâles des *derniers jours* ont acquis le sexe masculin précocement, leur esprit s'est peu développé, leur capacité sanguine est considérable, leur forte musculature en est le témoignage, ils sont grands ou, s'ils ont avorté dans leur croissance, ils ont le torse de l'homme grand (1). Dans la suite de leur existence ils gardent

(1) Dans la *Nineteenth Century Review*, M. Havelock dit qu'il y a certainement deux types d'hommes de petite taille. Il distingue l'homme véritablement petit et le « *Stunted giant* », le géant arrêté, rabougri, avec un buste volumineux et des membres ridicules de petitesse. Ce type étrange, destiné à devenir très grand, a été entravé dans son développement.

cet équilibre primitif représenté par une masse de matière osseuse et musculaire, un grand corps et une petite quantité d'éléments nerveux, une petite intelligence, qu'ils peuvent encore abaisser par la vie sexuelle.

Ces hommes sont les victimes de l'ignorance de leurs parents qui auraient pu en faire des êtres intelligents s'ils avaient mieux choisi le moment de les créer.

Les petites races et les grandes races. — Cependant il ne faut jamais comparer entre eux que les hommes d'une même race et d'une race restée sans mélange. Un homme grand peut avoir, en même temps qu'un grand corps — la moyenne de sa race — un système nerveux très développé et par conséquent être bien équilibré. Pour trouver la formule originelle des individus, dans le sexe mâle — donc leur valeur intrinsèque, — deux moyens peuvent être employés : 1° Comparer la capacité respective de leurs systèmes sanguin et nerveux ; 2° comparer leur vie sexuelle et leur vie intellectuelle, la dépense et la réserve. C'est la capacité de la *réserve* qui indique la valeur du capital primitif.

Les grossesses doubles. — Pour qu'il y ait des jumeaux, il faut qu'il y ait deux ovules fécondés. Ils peuvent être sécrétés dans le même moment ou à un court intervalle. Dans ce dernier cas, il faut deux fécondations.

Presque toujours la conception des jumeaux se produit dans une même période du mois, celle des garçons ou celle des filles. Les jumeaux ont alors le même sexe. C'est le cas le plus fréquent.

Cependant, on voit quelquefois des grossesses doubles donnant des jumeaux de sexe différent. Cela vient de ce que les deux ovules qui ont été fécondés n'ont pas été sécrétés au même moment: l'un l'a été à la fin de la période des filles, l'autre au commencement de la période des garçons. Il y a eu, dans ce cas, deux ovulations et deux fécondations à deux ou trois jours d'intervalle. Les deux jumeaux, alors, n'ont pas exactement le même âge. La fille est un peu plus âgée que le garçon,qui a toujours des caractères efféminés. Mais ils viennent au monde en même temps parce que le mouvement développé plus tôt chez le garçon lui donne une avance motrice.

Les deux jumeaux peuvent être de pères différents. C'est ce qui explique le cas, très rare, où les jumeaux ne se ressemblent pas. On connaît à ce sujet le fait suivant : Une dame, vivant dans les Colonies, a eu un rapprochement avec son mari le matin ; dans l'après-midi, elle s'endort sous un arbre, et là, est violée par un nègre. Elle met au monde deux jumeaux : un blanc et un noir.

Conclusion. — Si vous voulez avoir une fille intelligente et douce, procédez à sa mise en train dans les six jours qui suivent les menstrues.

Si vous préférez une fille grande, forte et sanguine (la virago qu'on appelle *une belle femme*), entreprenez sa fabrication entre le sixième et le treizième jour du mois.

Si vous voulez avoir un garçon bien équilibré, d'un esprit solide et d'un caractère qui fera honneur à sa famille, déposez le germe qui le fera naître du quatorzième au vingtième jour.

Mais gardez-vous de vous laisser aller aux impulsions de votre instinct après le vingtième jour du mois, vous ne pourriez alors procréer que de beaux mâles, grands et forts, mais faibles d'esprit et destinés à faire souffrir tous ceux qui vivraient dans leur entourage.

Preuves expérimentales. — Pour prouver cette théorie par l'expérience, il faut d'abord expérimenter dans le genre humain, les autres mammifères étant soumis à une périodicité menstruelle trop peu connue pour donner un résultat certain.

Il faut ensuite demander aux personnes qui veulent bien donner l'appui de leur expérience à la science, des renseignements d'une exactitude parfaite. Rarement les femmes mariées savent à quelle époque la conception s'est produite, sauf les cas d'absence ou de retour du mari.

Les filles-mères peuvent souvent donner des renseignements plus précis. Mais il est une catégorie de femmes qui peuvent mieux servir à ce genre d'expériences : ce sont les nouvelles mariées. Celles-là connaissent toujours la date des dernières menstrues, la date du mariage, la date de la naissance du premier enfant et son sexe.

Ce sont des renseignements de ce genre que j'ai recueillis. Je possède une trentaine d'attestations qui confirment ma théorie. Seulement toutes les personnes qui ont bien voulu m'aider à donner ces preuves en me fournissant leur cas personnel, m'ont demandé de ne pas publier leur nom. Je ne voudrais, du reste, pas tomber dans le ridicule des savants de la vieille école empirique, qui se plaisent à narrer le cas de Mme X..., et celui de Mme Z..., ce genre d'attestation n'ayant aucune valeur, car les sceptiques peuvent toujours demander une enquête pour en vérifier l'exactitude, et dans ce cas la vérification du fait accompli est impossible.

Ceci me donne l'occasion de déclarer, une fois de plus, qu'une théorie, pour être *scientifique*, doit reposer sur le raisonnement et non sur l'empirisme.

BIBLIOGRAPHIE

LA PROSTITUTION CLANDESTINE A PARIS

par le Dr O. Commenge, médecin en chef honoraire du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police. (2e édition revue et augmentée, Paris, Schleicher frères, 1904.)

Cette édition est d'actualité puisqu'elle paraît au moment où la discussion sur la prostitution vient de se terminer au conseil municipal de Paris. Les modifications que M. Commenge signalait

dans la première édition de son livre (augmentation du nombre des visites, adjonction d'un juge de paix à la commission d'inscription, plus grande facilité de rayer les prostituées ayant repris un travail honnête, etc.) ont été discutées et résolues à nouveau, mais pour les insoumises mineures, la question reste encore à l'étude. M. Commenge n'a pas modifié ce qu'il a écrit en 1897, mais il a ugé plus utile de comparer les discussions du conseil municipal en 1890 et en 1904. C'est ce qui constitue un chapitre spécial ajouté à la première édition de l'ouvrage dont nous avons donné une analyse dans son temps.

Dans ce chapitre, l'auteur compare les deux projets d'organisations, 1890 et 1904, en montrant les points similaires entr'autres transfert de la Préfecture de Police à la Préfecture de la Seine, de tout ce qui concerne la prophylaxie des maladies vénériennes et la prostitution, à cette différence près que, en 1890, l'inscription était maintenue et qu'elle est supprimée en 1904 ; toutefois la prostituée doit faire sa déclaration et présenter une patente de santé à l'office sanitaire spécial ; cela équivaut à la carte au point de vue des résultats prophylactiques.

Le projet de 1904 porte que la prostituée qui se présente à l'office sanitaire devra avoir une patente sanitaire délivrée par un médecin ou un chirurgien de l'Assistance publique, ce qui aura pour résultat d'organiser dans les hôpitaux un service de prostituées.

Il n'y avait pas lieu de changer, l'ancienne organisation suffisait à ce point de vue. Tandis qu'en 1904 on supprime les hôpitaux spéciaux, en 1890 on se bornait à les transformer, ce qui valait mieux, la promiscuité des malades vénériens avec les autres pouvant être une source de contagion. Les deux projets demandent la suppression des peines administratives, les tribunaux ayant seuls qualité pour cela. En 1904 on ne s'occupe plus du moyen de rechercher les prostituées malades qui ne se seraient pas rendues à l'asile sanitaire spécial ; en 1904, comme en 1890, on s'adresse à l'Assistance publique pour réaliser diverses améliorations : on demande des consultations le soir avec distribution de médicaments. Il y a très peu de différence entre les deux délibérations pour les prostituées mineures. Il n'a pas été pris de délibération sur les projets présentés au conseil en 1890 et interdisant le service des femmes dans les brasseries. Le projet de 1904 est complètement muet à cet égard. Il y a là un danger sérieux cependant à écarter et, plus d'une fois, divers médecins et l'auteur lui-même ont signalé les graves inconvénients attachés à ces établissements parfaitement insalubres. Voilà donc, dans leurs grandes lignes, les caractéristiques des deux projets.

En examinant certains points particulièrement intéressants, par exemple, l'abolition des peines administratives, nous voyons que cette question a été étudiée avec grand soin à la Société générale

des prisons, à la suite d'un rapport très remarquable présenté par M. Albert Gigot, ancien préfet de police. On a reconnu qu'une sanction était indispensable, mais les magistrats et les jurisconsultes qui y ont pris part hésitent à transférer aux tribunaux les questions qui se rattachent à la prostitution. Le problème étudié par ces hommes distingués est donc peu simple. Il est bizarre que l'on supprime la réglementation spéciale des lupanars, maisons de tolérance ou de rendez-vous, tout en conservant les prescriptions de police, en ce qui concerne l'hygiène et la salubrité publiques et particulièrement les maladies contagieuses. Il semble aussi contradictoire que difficile d'appliquer ces prescriptions si le contrôle est supprimé.

L'auteur passe ensuite en revue ce qui a trait à la prophylaxie dans l'armée et mentionne l'importante circulaire de 1902, du ministre de la guerre, à ce sujet, l'instruction sur l'hygiène des navires armés, des équipages de la flotte également de la même année.

Vient ensuite la réfutation de certaines assertions concernant le fonctionnement du dispensaire. On a dit au conseil municipal qu'on avait à peine le temps de diagnostiquer une blennorrhagie. Les visites sont peut-être plus rapides pour les prostituées inscrites, parce qu'elles sont connues des médecins, aussi le diagnostic peut-il être fait plus rapidement et aussi, chez elles, la blennorrhagie est moins fréquente que chez les insoumises généralement plus jeunes. La preuve que la recherche est faite sérieusement, c'est que sur 4,712 insoumises, mineures malades, on en a trouvé 968 avec de l'urétrite blennorrhagique et 113 avec l'urétrite blennorrhagique en même temps que la vulvite et la vaginite, ce qui donne pour le tout, une moyenne de 22,94 0/0 des insoumises mineures malades ; quant aux insoumises majeures, sur 3,332 malades, 462 avaient de l'urétrite blennorrhagique et 43 de l'urétrite, vulvite et vaginite, soit 15,62 0/0 des insoumises majeures malades et pour les deux groupes 19,96 0/0 de maladies blennorrhagiques. Ces chiffres paraissent répondre victorieusement à ce qui a été dit et écrit sur ce sujet.

Le Conseil municipal de 1904 n'a pas tenu grand compte des statistiques établies sur les maladies vénériennes, cela est utile et étaie fortement l'opinion de ceux qui sont persuadés de l'utilité de la réglementation. En Angleterre où il n'y a pas de réglementation, les maladies vénériennes non syphilitiques étaient en 1888, de 224,5 0/00, tandis qu'elles étaient en Allemagne de 16,5 et en France de 46. Quant aux maladies syphilitiques, elles étaient, pour la même année, de 40,3 0/00 en Angleterre, de 6,8 en Allemagne, et de 9,3 en France. Si en Allemagne les chiffres sont plus faibles que les nôtres, cela tient à ce que la prostitution y est bien plus sérieusement surveillée. En Autriche-Hongrie les maladies vénériennes et syphilitiques tiennent encore un rang assez élevé, mais moins toutefois

qu-en Angleterre ; ce qui accroît ce chiffre des maladies en Autriche, c'est la prostitution clandestine qui est très développée et très peu surveillée. On a prétendu qu'en France, tout le monde étant soldat, il devait y avoir moins de malades contagieux que dans les armées mercenaires. Cela ne peut se soutenir, car la brutalité génésique est la même dans toutes les classes de la société entre lesquelles elle rétablit rapidement l'équilibre.

Au reste, la délégation du Conseil municipal a rapporté de Londres une impression défavoravle à ce qu'elle a constaté. au point de vue de la prostitution. Du reste, il suffit de savoir que, en 1892, sur 196,334 soldats, 62,155, soit plus du quart de l'armée anglaise soit entré dans les hôpitaux pour maladies vénériennes. A diverses reprises, le Collège royal des chirurgiens et le Collège Royal des médecins ont demandé que des mesures soient prises pour arrêter l'accroissement de ces maladies dans l'armée indienne où la population est très élevée ; tandis qu'en Allemagne le nombre des admissions -pour les formes les plus graves est de 5,5 0/00 de 1890 à 1892, qu'elle est de 14,8 0/00 dans l'armée hollandaise ; elle était de 175,4 0/02 dans l'armée britannique des Indes dans cette même période pour arriver à 259 0/00. L'examen de ces faits prouve le peu de consistance que peuvent présenter les idées de liberté de la prostitution telle qu'elle a lieu en Angleterre.

Du reste, le Secrétaire d'Etat, lord Hamilton, dans sa dépêche au gouverneur des Indes exprime l'idée que des mesures soient prises contre les maladies vénériennes ainsi que celles employées sans objetion contre la diphtér ie et la fièvre typhoïde.

En Italie, la liberté existe, mais atténuée toutefois, pour les prostituées de maison où il y a certaines restrictions. La femme malade se présente librement à l'hôpital et n'en peut sortir que guérie à moins qu'elle ne démontre la possibilité de se soigner chez elle et sans propager le mal dont elle est atteinte. La femme de maison pour éviter une condamnation en justice est amenée à subir l'internement dans un établissement hospitalier. D'un autre côté, on dit que les prostituées clandestines viennent demander des soins dans les dispensaires ; mais tout en se soignant, c'est peu probable qu'elles s'abstiennent de faire leur métier, d'où chance de plus de contamination, d'autant plus que son « satellite » a besoin de manger.

Le difficile c'est aussi d'empêcher la prostitution des mineures tant qu'une loi ne prescrit pas leur maintien dans un établissement hospitalier. De 1878 à 1887, sur 12,625 arrêtées, il y avait 4,712 malades dont 2,651 syphilitiques, 1,169 accidents vénériens et 1,081 blennorrhagies. Du reste, en classant par année, on observe le fait suivant : 1 à 2 ans, 1 malade vénérienne ; à 13 ans, 10 (5 syphilitiques, 5 vénériennes) ; à 14 ans, 55 malades (34 syphilitiques, 30 accidents vénériens) ; à 15. ans, 201 malades (76 syphilitiques, 131 accidents vénériens) ; à 16 ans, 493 malades (157 syphilitiques, 291 accidents vénériens) ; à 17 ans, 854 malades (474 syphilitiques, 394

accidents vénériens) ; à 18 ans, 1,040 malades (580 syphilitiques, 486 accidents vénériens) ; à 19 ans, 978 malades (567 syphilitiques, 394 accidents vénériens) ; à 20 ans, 1,074 malades (659 syphilitiques, 431 accidents vénériens). Que faut-il de plus pour démontrer le péril de la prostitution des mineures qui doivent certainement être mises dans l'impossibilité de nuire ? Les conseils municipaux de 1890 et 1904 y ont songé en proposant de créer une affectation spéciale de ces filles arrêtées, soit en les rattachant aux moralement abandonnées, soit en les plaçant dans un asile spécial dont le régime serait celui d'une institution professionnelle. Il faut, pour cela, arracher au Parlement la loi sur cet objet. On peut espérer y arriver et il semble qu'il y ait de ce côté une entente générale dans tous les pays et dans toutes les villes.

Tel est exposé du dernier chapitre de la nouvelle édition du livre du Dr Commenge ; l'auteur, on le voit, tient toujours à son idée qu'il défend avec une grande conviction. Il est contre la liberté de la prostitution, mais, comme il le dit en terminant son ouvrage, « tout ce qui concerne la prostitution aurait dû et doit rester uniquement dans le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie sanitaire ».

Dr Yvon.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES HEMORROIDES PAR L'ADRENALINE.

Le Dr Demay de Certan recommande l'adrénaline contre l'hémorragie et la douleur des hémorroïdes. Au point de vue thérapeutique local, toutes les variétés et sous-variétés d'hémorroïdes peuvent se ramener aux deux cas suivants :

1° Les hémorroïdes sont *procidentes*, saignantes, douloureuses;

2° Les hémorroïdes sont *non procidentes*, mais elles gênent le malade, soit par la douleur, soit par l'hémorragie.

Dans le premier cas, appliquer sur la région anale, bien lavée et essuyée, un tampon de coton hydrophile, fortement imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0,03 cent.
Adrénaline au millième	XXX gouttes.
H2O	30 gr.

Recouvrir complètement le coton de gutta-percha et renouveler l'application toutes les trois heures, jusqu'à cessation absolue des douleurs.

Sous l'influence de l'adrénaline, les hémorroïdes se décongestionnent, l'hémorragie s'arrête, les douleurs s'amendent et les tumeurs se réduisent très facilement d'elles-mêmes.

On obtient un résultat encore meilleur, si on a soin de faire tiédir au bain-marie la solution d'adrénaline-cocaïne.

Dans le deuxième cas, les hémorroïdes ne sont pas procidentes, ou bien elles viennent d'être réduites, ou bien elles n'ont jamais été procidentes. Peu importe :

Appliquer sur les plis radiés de l'anus et introduire dans le rectum, au-dessus du sphincter, un peu de la pommade suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.............	0,03 cent.
Adrénaline au millième..............	XXX gouttes.
Vaseline	15 gr.

La pommade agira comme la solution précédente et amènera un soulagement rapide.

On peut la remplacer par un suppositoire de même substance, plus facile à placer dans le rectum ; mais le suppositoire peut amener une défécation, source de sang et de douleurs.

Divers médecins ont déjà eu l'idée d'appliquer les propriétés vaso-constrictives de l'adrénaline aux varices ano-rectales, et la réussite a parfois évité l'intervention chirurgicale. Presque toujours, les auteurs ont employé des tampons imbibés d'une solution d'adrénaline au millième ou au dix-millième. Sous cette influence, les tumeurs blanchissent très vite, se réduisent, mais se *reforment* assez rapidement. De plus, l'application de la solution à cette dose provoque vite un fourmillement désagréable dans la région malade, et parfois même une sensation de brûlure. Le tampon ne peut, en conséquence, être laissé longtemps en place. A plus forte raison, est-il difficile d'employer une pommade, moins commode à enlever qu'un simple coton.

Pour ces raisons, M. Demay préfère étendre beaucoup la solution d'adrénaline classique et la renforcer avec de la cocaïne. Il a toujours obtenu un très bon résultat, plus lent, il est vrai, mais plus durable.

(*Médecine moderne.*)

LE TRAITEMENT DES ULCERES VARIQUEUX PAR LA REFRIGERATION REVULSIVE

(FRUST.)

Malgré les progrès réalisés dans le traitement des ulcères variqueux par l'introduction des greffes épidermiques, il n'en subsiste pas moins certains faits — tels ceux où il s'agit d'un ulcère circulaire de la jambe — où, en désespoir de cause, l'ablation du membre malade paraît constituer l'unique et ultime ressource. Or, même dans ces cas désespérés, il semblerait qu'on pût obtenir des résultats favorables par un procédé dont on connaît les bons effets contre la sciatique et dont l'application au traitement de l'ulcère de jambe a été suggérée par les recherches expérimentales auxquelles M. le Dr E. Furst (de Königsberg), s'est livré dès 1897. Notre confrère a montré, en effet, qu'en provoquant la congélation de l'oreille du lapin ou du cobaye par des pulvérisations d'éther d'une durée de quinze à vingt secondes, et en répétant cette intervention

plusieurs fois dans la journée ou une fois par jour pendant plusieurs jours consécutifs, on déterminait une prolifération des éléments histologiques telle que l'épiderme pouvait atteindre jusqu'à huit fois son épaisseur normale. Ayant fait ensuite des expériences sur lui-même, M. Furst a constaté que chez l'homme on voyait se manifester, à la suite de la congélation de la peau une activité proliférative analogue à celle qu'il avait observée sur l'oreille des animaux.

Ce n'est que cinq ans après que des essais thérapeutiques ont été entrepris dans cette voie à propos du traitement de l'ulcère variqueux, d'abord par M. le Dr R. Werner, assistant à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Heidelberg, puis, plus récemment, à la clinique chirurgicale du professeur Gussenbauer, par M le Dr Stiassny (de Vienne).

Le procédé adopté par M. Werner était calqué sur celui qui a été utilisé par M. Furst dans ses recherches expérimentales. Il consiste essentiellement à obtenir, par des pulvérisations d'éther, des congélations quotidiennes d'une durée d'une à quinze secondes, répétées jusqu'à trois fois par jour. Afin d'éviter l'action locale très douloureuse des vapeurs d'éther, notre confrère a soin de protéger la zone à traiter par l'application d'un enduit gras.

Cette technique a été quelque peu modifiée par M. Stiassny. En général, et surtout lorsqu'il se trouve en présence d'ulcères en état d'irritation, comme ceux que l'on voit chez les malades au moment où ils arrivent à l'hôpital, notre confrère viennois soumet les ulcères à un traitement préalable au moyen de compresses humides ou de cataplasmes appliqués pendant un ou deux jours. Des pulvérisations sont alors pratiquées avec la solution physiologique, de façon à débarrasser la surface bourgeonnante de toutes les croûtes et dépôts qui s'y sont formés. Ceci fait, on enduit la région d'une couche d'un corp gras insoluble dans le chlorure d'éthyle, car c'est de ce réfrigérant que se sert M. Stiassny ; cette couche doit être assez épaisse, afin d'empêcher que le chlorure d'éthyle ne pénètre en substance dans la plaie. On fait ensuite un siphonnage comme cela se pratique pour le traitement de la sciatique.

Lorsque l'ulcère sécrète abondamment, notre confrère préfère avoir recours à un procédé rappelant un mode de traitement également usité contre la sciatique : le stypage. Pour cela, il dirige les pulvérisations de chlorure d'éthyle sur une compresse de gaze ayant à peu près les dimensions de l'ulcère et imprégnée au préalable d'un corps gras. On peut le retirer quand la couche blanche dont elle était recouverte a disparu ; il faut, en cela, procéder avec le plus grand soin, de crainte d'enlever les îlots épidermiques qui peuvent exister.

Après le siphonnage ou le stypage, on fait un pansement légèrement compressif commençant aux orteils et comprenant toute la jambe.

Cette manœuvre est répétée en général une fois par jour. Toutefois, lorsque les circonstances l'exigent, on peut aussi faire plusieurs

séances le même jour et laisser ensuite reposer le malade pendant plusieurs jours. On continue ainsi jusqu'à guérison complète, ce qui exige, d'ordinaire, plusieurs semaines au moins.

Ce mode de traitement de l'ulcère variqueux est, à vrai dire, quelque peu douloureux. C'est surtout le moment même de la congélation qui a paru à M. Werner être particulièrementn désagréable aux malades. De son côté, M. Stiassny a remarqué que, dans quelques cas, les patients accusaient une douleur variable dans son intensité, pouvant aller jusqu'à la sensation très pénible d'une brûlure profonde et apparaître bien avant le moment de la congélation. C'est là un inconvénient de la méthode. Aussi M. Werner estime-t-il que l'on ne saurait y avoir recours qu'après échec des procédés habituellement mis en œuvre dans l'ulcère variqueux.

Il y a lieu, en outre, de tenir compte que la réfrigération révulsive n'est pas, dans ses effets, d'une constance absolue, sans qu'il soit d'ailleurs possible d'en expliquer les insuccès. Enfin, s'il semble que, dans la majorité des cas, les résultats obtenus soient durables, M. Werner et M. Stiassny ont cependant l'un et l'autre observé des faits où l'épithélium néoformé s'éliminait en un point, alors que, sur un autre point de l'ulcère, les progrès de l'épidermisation suivaient leur cours normal.

Ajoutons que la réfrigération révulsive donne des résultats rapides et constants dans les plaies bourgeonnantes d'origine non variqueuse. L'état de nutrition dont jouissent les tissus environnant la perte de substance constitue, en pareille occurrence, une condition éminemment favorable au processus de réparation. (*Semaine médicale*).

LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE BICHLORURE DE MERCURE DANS L'INFECTION PUERPERALE

Le Dr G. Fabio, appelé auprès d'une jeune femme de vingt-trois ans, accouchée depuis huit jours, trouva la malade avec une fièvre de 39°2, accompagnée de céphalée et de sueurs profuses ; le pouls était petit, le ventre météorisé mais non douloureux à la pression ; il y avait un écoulement vaginal purulent et fétide. L'examen révéla l'existence, sur la partie droite du vagin, d'une vaste déchirure recouverte d'un enduit ichoreux de couleur jaunâtre ; l'utérus, convenablement réduit, était exempt de déchirures et sa cavité ne contenait aucun débris de placenta ou de membranes. L'auteur pratiqua un lavage intra-utérin avec une solution de permanganate de potasse à 0,50 p. 1000 et fit un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Le lendemain, la fièvre était montée à 40 degrés ; la malade, plongée dans la prostration, était inconsciente, les traits étaient altérés, l'œil éteint, la céphalée intense accompagnée de frissons, pouls à 140, respiration pénible et fréquente, langue sèche, peau visqueuse et plombée; de temps à autre,

il y avait des efforts de vomissements accompagnés de convulsions, et parfois aussi de décharges diarrhéiques.

Se souvenant d'un cas de septicémie gangréneuse guéri contre toute attente par des injections intra-veineuses de sublimé corrosif, l'auteur décida d'y avoir recours en l'espèce. Avec toutes les précautions possibles, il injecta dans une veine 3 centimètres cubes de solution de sublimé à 1 p. 1000. De plus, chlorhydrate de quinine, potions cordiales, application d'une vessie de glace sur la tête. irrigations vaginales toutes les trois ou quatre heures avec la solution de permanganate à 0,50 p. 1000 suivies de tamponnements à la gaze iodoformée.

Le soir, malgré la gravité persistante des phénomènes, la température était descendue à 39 degrés et il y avait un peu de soulagement.

Le 17 au matin, la température était à 37°7, la malade avait repris connaissance, les vomissements, les convulsions, la diarrhée avaient cessé. A midi, nouvelle injection intra-veineuse de 3 milligrammes de sublimé ; cessation de toute autre médication, sauf les irrigations au permanganate.

Le 18, recrudescence des phénomènes généraux, vomissements (arrêtés par la glace en pilules), température à 40°6, céphalée, agitation et délire. On constate cependant une amélioration de l'état local ; l'ulcération vaginale est rosée et débarrassée de son enduit jaunâtre. Continuation des lavages vaginaux et des pansements iodoformés; injection intra-veineuse de 4 milligrammes de sublimé. Vers le soir, amélioration notable, la malade peut avaler un jaune d'œuf et quelques cuillerées de vin vieux.

Le 19 et le 20, on renouvela les injections de 3 milligrammes de sublimé. Amélioration progressive, température entre 37 degrés et 37°5, sauf une rapide et fugace élévation à 40°8 le 20 au soir.

Le 21, les phénomènes généraux graves avaient disparu et l'ulcération vaginale commençait à bourgeonner ; on répéta néanmoins les injections de 3 milligrammes de bichlorure ce jour-là et le suivant.

Bientôt l'amélioration générale et la cicatrisation locale s'accentuèrent ; le 27 la malade put se lever un peu et la convalescence fut rapide et sans aucun signe d'intoxication mercurielle.

Pour l'auteur, cette guérison est due uniquement au sublimé qui, à si faible dose, ne peut agir comme antiseptique, mais comme excitant des moyens de défense de l'organisme en faisant entrer en jeu le plus grand nombre possible de leucocytes.

PROPHYLAXIE DES ELEVATIONS DE TEMPERATURE CHEZ LES ACCOUCHEES PAR LA TOILETTE SOIGNEE DU VAGIN

Rien de que ce qui concerne la fièvre puerpérale ne doit nous être étranger.

Quel est le meilleur moyen d'empêcher les femmes en couches d'avoir des élévations de température peu fortes, mais constituant des formes atténuées de fièvre puerpérale ?

Voici la réponse donnée par Zweifel dans le *Zentralblatt :*

Si l'on examine une nouvelle accouchée une demi-heure ou même une heure après la délivrance, au moyen d'un spéculum bivalve ou du spéculum de Trélat, on trouve dans les culs-de-sac vaginaux un ou deux caillots du volume d'une noix environ. Lorsque ces caillots séjournent dans le vagin, il est évident qu'ils subissent une décomposition rapide avec une facilité étonnante. De même qu'on fait l'hémostase dans les interventions gynécologiques, de même le professeur de Leipzig a décidé de faire enlever les caillots sanguins du vagin au moyen de *tampons secs* chez toutes les accouchées de son service.

Il a autorisé récemment le Dr *Cichorius*, son assistant, à recourir à ce mode de prophylaxie de la septicémie puerpérale à la maternité de Leipzig. Les résultats ont été excellents.

La morbidité puerpérale a fléchi et est tombée à 5,7 % : 14 fois, en somme, sur 243 accouchements, la température prise dans le rectum a dépassé 38 degrés et demi, 94,3 % des accouchées ont eu des suites de couches normales. En défalquant les cas où une complication pulmonaire ou autre déterminerait ce processus fébrile, la proportion des femmes ayant eu de la fièvre tombe à 3,3 %.

Zweifel utilise les gants en caoutchouc dans les interventions obstétricales.

Dans une série de cas où il a fait la toilette soignée du vagin et où il a abandonné l'usage des gants pour faire le toucher, les résultats ont été moins bons, car sur une autre série de 313 accouchements aseptiques, la morbidité s'est élevée à 11,5 %. Ce pourcentage est assez élevé.

Conclusions. — Selon Zweifel, les gants en caoutchouc ont une grande utilité en obstétrique.

En outre, pour éviter la rétention de caillots sanguins après chaque accouchement, il faut faire une toilette soignée du vagin.

C'est un mode important de la prophylaxie de la fièvre puerpérale.

Le médecin saura aisément enlever du vagin les caillots au moyen de tampons secs.

Zweifel considère les injections vaginales comme étant superflues et ne les emploie plus dans son service.

C'est peut-être là une conclusion paradoxale, car il nous semble

évident qu'une injection bien faite peut enlever les caillots du vagin après l'accouchement.

Dans ces conditions, il y a plutôt lieu de recommander l'irrigation vaginale *post-partum*. (*Journal d'accouchements*.)

MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE

Le Bromol comme antiseptique. — Le bromol est un tribromophénol.

C'est une poudre de couleur jaune citron, de saveur astringente, d'odeur spéciale et non désagréable. Insoluble dans l'eau. Soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, la glycérine, les huiles fixes et essentielles.

On l'obtient en saturant de brome l'acide phénique.

Ce sel est peu toxique; il est donné sans inconvénient à la dose de 0,80 à un chien; c'est un antiseptique assez énergique.

Préconisé par Rademaker, de Louisville, à cause de ses propriétés antiseptiques, dans le traitement de la diphtérie et le pansement des plaies et ulcères.

Administré en usage interne dans le choléra infantile, la fièvre typhoïde et les abcès du poumon, à la dose de 5 à 15 milligrammes.

Pommade :

Bromol .... 4 grammes.
Vaseline .... 30 —

Mixture :

Bromol .... 5 grammes.
Huile d'olive....... 150 —

Cachets médicamenteux de 0 gr. 01 à la dose de 1 à 2 fois par jour.

Applications intravaginales de préparations hydrargyriques, chez les syphilitiques enceintes, pour prévenir l'avortement, (Riehl et Vorner.). — Depuis sept ans, MM. les docteurs Riehl, professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Vienne, et Hans Vorner (de Leipzig) ont recours à des applications intravaginales de préparations mercurielles chez les femmes enceintes présentant des phénomènes de syphilis virulente, afin de prévenir l'avortement. Dans ce but, ils se servent d'un mélange à parties égales d'axonge et de lanoline renfermant de 12 à 15 % de mercure, proportion qui ne doit pas être dépassée sous peine d'exposer la malade à des phénomènes d'irritation locale au niveau de la muqueuse vaginale : 3 grammes de cette pommade suffisent généralement pour une application : il est rarement besoin de pousser la dose jusqu'à 4 ou 5 grammes, du moins lorsque — ce qui est la règle — on soumet la femme à un traitement quotidien : mais quand il n'est pas possible de répéter les applications chaque jour, on peut ne les pratiquer que tous les deux ou trois jours, en ayant alors soin d'augmenter proportionnellement la dose. On place le topique dans le vagin au contact immédiat de l'orifice externe de l'utérus, et on le fixe par un tampon bien appliqué. Pour éviter que celui-ci n'absorbe la pommade qu'il est simplement destiné à maintenir en place, il est indispensable de l'imperméabiliser au préalable en l'imprégnant d'un mélange de 2 parties de glycérine pour 1 partie de tanin, ou encore de glycérine alunée.

Les applications locales dont il s'agit, sans aucunement remplacer le traitement hydrargyrique général, présenteraient au point de vue de la natalité une action réellement favorable : sur un total de 40 femmes, en effet, que comprend actuellement la statistique de M. Vorner, 36 sont arrivées à terme.

Le bromure d'hémol comme sédatif. — Kobert a obtenu une combinaison du brome et de l'hémol qui contient 2,7 p. 100 de brome.

Ce produit est rapidement éliminé.

Holst a constaté la supériorité du bromure d'hémol sur les bromures métalliques dans les cas d'insomnie et contre l'hystérie et la neurasthénie et il n'a jamais obtenu d'effets secondaires fâcheux. Mais il a observé que le bromure d'hémol était inefficace dans l'épilepsie et les névralgies.

Kobert a remarqué que le bromure d'hémol était employé chaque fois qu'il fallait obtenir un effet

rapide, tandis qu'au contraire il était inefficace chaque fois que le brome doit agir lentement et graduellement.

Ce nouveau médicament s'emploie en pilules et cachets de 0, 10 à la dose de 1 à 30 par jour. (Bocquillon, médicaments nouveaux.)

Traitement de la paralysie intestinale post-opératoire par l'ésérine. — Depuis plus de vingt ans les vétérinaires ont reconnu dans la physostigmine ou ésérine un remède souverain contre la paralysie intestinale des chevaux et des bœufs. Incité par leur exemple, le docteur Arndt a utilisé les propriétés de l'alcaloïde de la fève de Calabar pour combattre le météorisme consécutif à la laparotomie.

Les symptômes de cette complication redoutable, qui emporte tant d'opérées, ont été décrits par Olshausen : ballonnement gastro-intestinal, vomissements bilieux, suppression de toute évacuation intestinale, même gazeuse, pouls fréquent et filiforme. Il s'agit ici, l'autopsie l'a prouvé, non d'une péritonite aiguë par infection, mais d'une accumulation énorme de gaz dans le tube intestinal paralysé. L'accord est loin d'être fait sur la pathogénie de cette paralysie intestinale. Pour Olshausen, elle serait due aux tiraillements excessifs et à l'éviscération qui accompagnent les interventions laborieuses et de longue durée. Schlange croit à une lésion des nerfs de la paroi intestinale. Pour Zuntz et Kader, il s'agirait de troubles de la circulation intestinale et mésentérique. Nothnagel admet que la surdistension de l'intestin par les gaz accumulés suffit à produire la paralysie par toxines microbiennes, malgré l'absence de tout signe de péritonite. Autant d'hypothèses.

Les moyens opposés à la paralysie intestinale post-opératoire se réduisaient jusqu'en ces derniers temps aux irrigations intestinales (eau chaude ou froide, additionnée de glycérine, de sel marin ou de substances laxatives), aux lavages de l'estomac et à l'administration de la strychnine.

Pour le dire en passant, il ne faut guère compter sur l'action des médicaments et notamment des purgatifs ingérés par la bouche, car l'estomac étant lui aussi, frappé de paralysie, il n'y a plus, ni absorption, ni propulsion des substances introduites.

Depuis trois ans, Arndt s'est servi, dans de nombreux cas de météorisme paralytique post-opératoire, de l'alcaloïde de la fève de Calabar et n'a eu à enregistrer que des succès, exception faite pour les cas de péritonite microbienne avérée. L'on sait, d'ailleurs, que la physostigmine provoque des contractions intestinales énergiques. L'auteur s'est servi du salicylate, injecté sous la peau à la dose de 1 milligramme ; exceptionnellement, il a fallu injecter 2 milligrammes en vingt-quatre heures. Il a cru remarquer que l'action du médicament se porte de préférence sur le tube intestinal, l'estomac restant parfois météorisé alors que l'intestin s'est déjà affaissé ; il faut alors réveiller la contractilité de la paroi gastrique au moyen de lavages.

X. PERROUX, MACON

OBSTÉTRIQUE

UN CAS D'ACCOUCHEMENT PRÉCIPITÉ

Il existe dans la science un grand nombre d'observations d'accouchements précipités. On les a relevées par curiosité ou comme documents, l'obstétrique proprement dite ou la médecine légale trouvant un intérêt dans certains détails.

A côté des cas où le praticien ne peut s'empêcher d'être ému en face des douleurs terribles auxquelles il assiste, il en est d'autres où les souffrances de l'enfantement sont si peu marquées qu'elles ne diffèrent en rien d'une sensation de miction ou d'évacuation du rectum.

Dans le journal du Dr Ménière, on lit que le duc de Bordeaux vint très précipitamment au monde. « Je me réveille, raconte sa mère, pressée par je ne sais quel besoin ; je me lève aussitôt et, dans le même instant, j'éprouve une violente douleur qui me permet à peine de remonter sur mon lit, et j'accouche en criant comme une brûlée. »

Les femmes de la classe populaire et les paysannes accouchent-elles plus rapidement et moins douloureusement que les dames et les princesses, c'est difficile à établir, l'histoire n'enregistrant guère que les couches de ces dernières. Quoi qu'il en soit, voici un cas de parturition presque indolore.

Dans la nuit du 25 août, le Dr Roland était appelé auprès de Mme B..., âgée de 22 ans, secondipare. En arrivant, il la trouve accroupie au milieu de sa chambre et tenant un enfant nouveau-né dans ses bras. Prise de malaises au milieu de son sommeil, elle avait demandé à son mari d'aller par prudence prévenir la sage-femme. Aussitôt son mari parti, elle éprouva un besoin assez vif de se mettre sur le vase ; elle se leva pour le satisfaire et, à ce moment, elle sentit son enfant sortir des parties génitales et tomber sur le sol. Dans cette chute le cordon s'était rompu. La mère releva son enfant qui se mit aussitôt à crier et elle attendit, n'osant faire aucun mouvement. M. Roland n'eut donc qu'à prendre l'enfant, à s'assurer que le cordon ne saignait pas et à se procurer du fil pour la ligature.

Pendant ce temps la sage-femme, qui était arrivée, s'occupait de faire coucher la jeune femme. Celle-ci marcha jusqu'à son lit, fut changée et réchauffée. Vingt à vingt-cinq minutes après, par expression utérine simple, sans qu'aucune traction ne fût exercée sur le cordon, la masse placentaire sortit toute seule, mais entièrement découronnée, les membranes ayant été vraisemblablement déchirées au moment de la chute de l'enfant. Quelques débris de membranes vinrent avec l'injection que l'on pratiqua, et comme l'utérus était très bien revenu et qu'il y avait quelque danger à procéder à un curettage digital, on n'insista pas davantage. Les suites de couches furent aussi normales que possible.

On sait que le cordon peut se rompre quand une femme accouche

debout. Dans ce cas la rupture s'était faite à 7 centimètres environ de l'ombilic. L'importance qu'on attache en médecine légale à la surface de section est très grande, car, dans le cas des ruptures spontanées, les diverses membranes se brisent irrégulièrement suivant leur résistance propre et l'aspect que présente la partie cassée n'a rien de la section lisse, unie, faite par des ciseaux. Ici la déchirure était franchement irrégulière.

Le cordon ne saignait pas non plus, à cela s'opposait d'ailleurs un phénomène physiologique : l'enfant respirait et criait vigoureusement, d'où pas d'hémorragie possible.

Quant à la délivrance elle présentait cette particularité que les membranes n'adhéraient plus au délivre. M. Roland explique le fait en supposant que l'enfant est né en quelque sorte coiffé, c'est-à-dire qu'il a poussé vivement avec lui les membranes au dehors et les a déchirées au niveau de leur insertion placentaire. Parmi les liquides répandus sur le plancher à l'endroit où l'accouchement s'était fait, on trouva la plus grande partie des membranes.

Enfin, quelques heures après l'accouchement, on s'apercevait que la tête de l'enfant présentait une grosseur qui n'était autre chose qu'un céphalematome siégeant sur le pariétal gauche. Suivant la règle, on avait la sensation d'un rebord osseux circonscrivant une masse fluctuante.

L'idée devait venir à l'esprit que la chute de l'enfant avait amené par contusion cet hématome. Cette explication est très acceptable. Il s'est produit par frottement brusque un décollement périosté.

En résumé, l'accouchement ainsi précipité semble prédisposer aux rétentions placentaires et plus encore aux ruptures des membranes. Des hémorragies *post partum* pourraient aussi survenir. Enfin la vie de l'enfant n'est pas assurée. (*La médecine moderne*, p. 351, 1904).

INFECTION PUERPERALE PUTRIDE GUERIE PAR LES INJECTIONS D'EAU OXYGENEE.

Une fièvre puerpérale imputable à la rétention de cotylédons placentaires, étant survenue à la suite d'un accouchement laborieux au septième mois d'une grossesse, M. Gibert pratiqua une première injection intra-utérine avec le sublimé à 1/4000 et, tout de suite après, une injection de deux litres d'eau oxygénée à quatre volumes. Cette opération faite à 10 heures du matin fut renouvelée à 4 heures du soir ; à 8 heures, toute odeur avait disparu, la fièvre s'était éteinte, l'infection éloignée. La malade s'est remontée très vite, en quelques jours.

Ce résultat confirme l'utilité pratique des injections d'eau oxygénée dans tous les cas où la fétidité des lochies peut faire craindre la propagation de l'infection. Le bouillonnement produit par la décomposition d'eau oxygénée provoque le détachement des

débris placentaires et des caillots dont la sortie est assurée par la sonde dilatatrice de Reverdin ou la sonde d'Ollivier.

L'emploi de l'eau oxygénée est indiqué, non seulement comme agent de décollement ou d'antisepsie, à la suite des accouchements et des avortements, mais encore comme évacuateur de la totalité du sublimé employé en injection intra-utérine. Cette dernière circonstance éloigne tout danger d'empoisonnement hydrargyrique. La substitution du permanganate au sublimé dans les premiers temps du lavage aurait peut-être l'avantage de supprimer encore plus complètement les craintes d'intoxication. La réaction ultérieure du permanganate sur l'eau oxygénée renforcerait d'ailleurs l'action oxygénante de cette dernière solution. (*Gaz. des hôpitaux de Toulouse*, février 1904).

GYNÉCOLOGIE

ABLATION DE L'UTERUS EN VASE CLOS DANS LES CAS DE FIBROMES GANGRENES,

par le D[r] E. Rochard.

L'hystérectomie, dans les cas de fibromes gangrenés, est, à cause de l'infection péritonéale, assez meurtrière. Pour se mettre en garde contre cette infection, il suffit d'enlever l'utérus en vase clos de façon qu'aucun germe ne puisse inoculer le péritoine. C'est ce qu'il est facile de réaliser en extirpant l'utérus avec une partie du vagin et en maintenant le vagin fermé. Il suffit, pour ce faire, de placer quatre pinces en L sur le conduit vaginal et de sectionner ce conduit entre les deux pinces supérieures isolant la matrice et les deux pinces inférieures isolant le vagin.

C'est ce que j'ai pu réaliser dans deux cas, en suivant la technique que voici :

Après laparotomie, section des deux ligaments larges et des utérines entre deux pinces, puis section du péritoine sur la face antérieure de l'utérus et décollement de la vessie.

Ce décollement de la vessie doit être pratiqué avec attention pour ne pas l'ouvrir, surtout dans les cas où cette vessie est attirée en haut par le fibrome. Ce décollement doit être poursuivi très bas afin de pouvoir sectionner le vagin au-dessous du col.

Il faut ensuite sectionner le péritoine sur la face postérieure de l'utérus, le décoller, couper les ligaments utéro-sacrés qui empêchent l'ascension de l'utérus, et libérer le vagin en arrière comme on l'a libéré en avant. Sur les côtés, il faut dégager complètement le dôme vaginal en ayant bien soin d'écarter les uretères, et cela fait, saisissant entre le pouce et les doigts de la main gauche, la partie supérieure du vagin à travers laquelle on sent le col utérin, placer, au ras de ce col, deux pinces coudées

en L, l'une à droite, l'autre à gauche, qui, se rejoignant sur le milieu, bouchent complètement toute communication de l'utérus avec l'extérieur. Deux autres pinces semblables sont placées un centimètre plus bas, parallèlement aux premières ; elles oblitèrent complètement le conduit vaginal.

La section du vagin est faite au bistouri entre les deux rangées de pinces, et l'utérus enlevé en vase clos avec le dôme vaginal sans la moindre contamination du petit bassin.

Un surjet au catgut est alors placé sur la tranchée vaginale, et les pinces enlevées au fur et à mesure de l'achèvement du surjet ; le vagin est ainsi fermé, et les liquides qu'il contient ne peuvent plus infecter le péritoine.

Après ligature des utérines, des utéro-ovariennes, extirpation des annexes ; si elles n'ont pu être enlevées avec le fibrome, on procède à la péritonisation du petit bassin, et on termine par la suture de la paroi avec drainage abdominal. (*Bulletin de thérapeutique*, septembre 1904).

DE LA PERRINEORRAPHIE A ETAGES (MYORRAPHIE DES RELEVEURS DE L'ANUS)

Par MM. Delore et Jacob, de Lyon.

Les auteurs rapportent dans le *Lyon Médical* du 11 novembre 1904 quatre observations de périnéorraphie par la méthode de la suture à *étages*, avec myorraphie des releveurs, sur laquelle on a récemment attiré l'attention.

Nous n'avons pas à revenir à ce propos sur les indications générales de la périnéorraphie. On sait, en effet, que les ligaments suspenseurs de l'utérus sont insuffisants à sa fixation : ils ne sont pas tendus et limitent les mouvements dans un plan horizontal. Seuls, les moyens de soutien sont efficaces. A l'état normal, l'utérus est en antéflexion, son axe perpendiculaire à celui du vagin ; tout effort, le poids même de la masse intestinale exagèrent cette position et appliquent l'utérus sur le canal vaginal. Celui-ci, à son tour, avec sa cavité normalement virtuelle, repose presque horizontalement sur le barreau de soutien que lui forme le périnée musculaire. Ce périnée est constitué par un véritable diaphragme pelvien, dont les deux sphincters, vulgaire et anal, sont la portion superficielle, mais dont la partie essentielle, profonde, est formée par les releveurs de l'anus : anse contractile, à point d'insertion fixe antérieur : ces muscles exagèrent la fermeture du canal vaginal, le relèvent et par suite relèvent l'utérus.

Les conditions mécaniques du prolapsus génital sont ainsi faciles à connaître. Qu'il s'agisse de relâchement des tissus distendus à l'extrême dans un accouchement de rupture sous-muqueuse du coin périnéal ; ou de déchirure de l'éperon vulvaire et des sphincters, la résistance du soutien inférieur de l'utérus a été vaincue, les bords des releveurs se sont écartés de la ligne médiane.

Les parois vaginales portent à faux et se déroulent entraînant la vessie et le rectum ; le col s'étire et s'hypertrophie ; l'utérus fait hernie vers la vulve. Ce sont les cas les plus fréquents, mais la lésion périnéale a les mêmes effets dans les prolapsus utérins proprement dits, c'est-à-dire ceux qui débutent par un abaissement de l'utérus privé de ses moyens de suspension.

Ces idées pathogéniques ont conduit au traitement logique, qui consiste à rétablir le point d'appui inférieur. La périnéorraphie est l'opération indispensable ; celles dont le but est de suspendre le corps utérin ne sont que complémentaires.

La colpopérinéorraphie classique est pratiquée en général par avivement ou par dédoublement ; sa technique est bien précisée. Pour plus de sûreté, on combine quelquefois ensemble la colporraphie antérieure, l'amputation du col et la périnéorraphie. Les procédés de périnéorraphie reposent tous sur un principe : ramasser largement tous les tissus fibreux et surtout musculaires environnants, en les rapprochant au moyen d'*un seul plan* de sutures passées avec une longue aiguille du modèle d'Emmet. C'est là le véritable défaut du procédé qui donne cependant tant de succès. En effet, parfois les sutures portent sur du tissu exclusivement fibreux ; le noyau cicatriciel se laisse distendre à la longue, et il en résulte une récidive.

Il semble donc préférable de voir les tissus musculaires avant de les suturer. Dédoubler la cloison recto-vaginale, aller à la recherche du diaphragme pelvien des releveurs, suturer ceux-ci sous le contrôle de la vue pour former un plan profond, constitue un procédé plus anatomique que de les pendre un peu à l'aveugle et souvent imparfaitement. A l'étranger, Ziegenspeck eut le premier l'idée de la myorraphie à découvert des releveurs ; il put montrer ses opérés au Congrès de Munich de 1899. En France, Delbet et d'autres la pratiquèrent : puis Lenormant en décrivit le manuel opératoire, ainsi que Duval et Proust.

L'opération est très simple. Voici le manuel opératoire employé sur nos opérées :

1° L'incision cutanée, à concavité antérieure, est menée parallèle à la fourchette et aux bords latéraux de la vulve ; c'est l'incision de L. Tait-Doléris pour la périnéorraphie par dédoublement.

2° Après avoir coupé le point commun d'insertion des deux sphincters, on poursuit ce dédoublement en suivant de très près la paroi vaginale postérieure ; on évite ainsi la blessure du rectum.

3° On arrive à l'espace décollable vagino-rectal, au fond duquel on voit le péritoine du Douglas ; de chaque côté, on aperçoit et on sent très nettement les bords tendus des releveurs de l'anus. On peut suturer directement les bords des releveurs, comme nous l'avons fait. On peut aussi suturer d'abord les faces internes entre elles, puis les bords libres en second lieu ; on obtient ainsi par interposition une masse sagittale plus épaisse. Les points, au

nombre de trois ou quatre, sont séparés, faits avec du catgut fort. Lorsqu'il y a déchirure du sphincter anal, il est facile de réunir, au moyen de fils spéciaux, les deux bouts antérieurs de ce sphincter.

4° Par-dessus ce plan profond, on rétablit le plan périnéal superficiel par une suture au fil d'argent, en évitant de laisser des espaces morts. Il suffit de suivre la même technique que dans le dédoublement de L. Tait-Doléris.

5° Enfin, la paroi vaginale ayant toujours trop d'étoffe et se plissant, on en résèque la portion exubérante ; puis on suture les deux lèvres de la ligne d'incision : on tend ainsi à nouveau la muqueuse qui s'était déroulée.

Au septième jour, les fils superficiels sont enlevés, et l'opérée peut se lever un peu au quinzième jour. Lorsque, à ce moment, on fait le toucher vaginal, la femme debout, on perçoit une cloison très épaisse : le coin périnéal est reformé ; le vagin est redevenu horizontal, on le sent comme refoulé par une sangle très forte. Bien plus, et c'est ce qui fait le mérite de l'opération, cette sangle est contractile, contractile justement dans l'effort abdominal. Lorsqu'on fait tousser la femme, on sent le releveur durcir sous le doigt : ce nouveau périnée possède la force de la contraction musculaire au moment précis où il doit résister.

PÉDIATRIE

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

Par R. MILLON, Médecin des dispensaires d'enfants de la Société philanthropique.

Les méthodes de traitement préconisées contre la coqueluche sont si nombreuses qu'elles se font un tort réciproque et qu'aucune d'elles, même parmi celles qui ont été prônées par les plus illustres auteurs, n'a triomphé définitivement des autres. Je crois les avoir employées à peu près toutes et je dois dire qu'aucune ne m'a semblé absolument dénuée d'effet. Tout dépend des cas, il faut savoir choisir. Je voudrais seulement vous soumettre les réflexions qui m'ont été suggérées par ces essais multiples et par dix ans de pratique dans un établissement public où la coqueluche est parmi les maladies le plus souvent traitées.

***

Une chose m'a particulièrement surpris. C'est le dédain d'un très grand nombre de médecins pour les traitements de la coqueluche. Extrêmement souvent, se sont présentés à ma consultation des enfants dont les mères me rapportaient : « Le médecin que j'ai consulté m'a dit que c'était la coqueluche,

et qu'il n'y avait rien à y faire ; il fallait que cela passe. » J'ai cherché quelles étaient les raisons qui dictaient à ces médecins un pareil scepticisme et j'en ai trouvé deux : une d'ordre historique et une d'ordre pratique. La première dérive d'une tradition presque classique. Il n'y a pas encore bien longtemps, en effet, qu'un médecin qui eut son heure de célébrité, Joseph Franck, professait à l'égard des médicaments de la coqueluche le plus parfait mépris et avait coutume de dire : « On peut faire mourir un coquelucheux avant le terme de sa maladie ; mais on ne peut jamais le guérir. » Cette phrase était, paraît-il, plus une boutade de médecin philosophe et blasé qu'une doctrine approfondie : elle n'en eut pas moins un très grand retentissement. C'est à propos d'elle que Cadet de Gassicourt, qui était, lui, le contraire d'un faiseur de mots, disait qu'en médecine il n'y a rien de plus dangereux que les médecins qui ont de l'esprit.

La seconde raison de l'abstention dans la coqueluche est que les médecins qui la pratiquent exerçent dans les quartiers populeux ou dans des campagnes et qu'ils ne sont pas appelés suffisamment souvent auprès des petits malades pour tenter une médication suivie. Cette deuxième raison a sa valeur, car il est difficile de prescrire, surtout contre les spasmes, une médication énergique sans surveiller par de fréquentes visites une médication qui doit aller souvent jusqu'aux doses toxiques.

Quoi qu'il en soit de l'origine de cette manière de faire, je la trouve tout à fait erronée. La coqueluche est une maladie qui doit se traiter, qui peut être attaquée d'une façon très efficace ; c'est même une des affections contre laquelle nous possédons le plus d'agents effectifs, et j'ai la certitude que, bien maniés, leur action est loin d'être négligeable.

Un second point qui m'a étonné dans la pratique habituelle de la coqueluche, c'est de voir subsister d'une manière aussi répandue chez les médecins cette croyance, que je croyais absolument tombée, de traiter les coquelucheux par l'aération à outrance. Il n'est pas rare de voir des enfants qui, sur l'ordre du médecin, sortent par n'importe quel temps, quelle que soit l'intensité de leur mal, quelle que soit la récence de l'infection. Cette pratique, je la réprouve absolument : je ne la comprends point. Alors qu'il est universellement admis de tenir les bronchiteux de tout âge, de tout ordre, à la chambre, comment admettre que, dans une maladie ou le catarrhe pulmonaire est la règle au début, dans les neuf dixièmes des cas, on préconise les sorties à toute heure, la promenade par tous les temps ?

Comment admettre que des enfants qui sont par leur maladie en constante opportunité morbide au point de vue des complications pulmonaires, soient de parti pris exposés aux intempéries et aux refroidissements? Il y a là un manque de logique qui n'est justifié par aucune méthode scientifique, qui n'est légitimé par aucun résultat, bien au contraire. Là encore, on retrouve facilement l'origine historique d'une telle hérésie, et ce qui doit étonner, c'est la vitalité d'une conception thérapeutique contre laquelle des gens comme Archambault, Roger, Cadet de Gassicourt ont protesté, qui n'a plus aucun partisan parmi les maîtres actuels. C'est là encore un de ces exemples étonnants qui montrent qu'en médecine, plus une conception est paradoxale, plus elle repose sur une base fragile et discutable et plus aussi elle se fixe dans l'esprit des praticiens et du public ; plus elle a de chance de durer. Voilà la seule raison qui puisse m'expliquer la pérennité fâcheuse de la conception de la sortie par tous les temps des coquelucheux.

Je ne condamne pas cependant la cure d'air dans la coqueluche. Loin de là, mais je trouve qu'elle doit être préconisée avec réserve et accomplie avec prudence. Au surplus, voici la règle que je me suis tracée.

Tant que dure la période catarrhale et fébrile, ou à défaut de catarrhe et de fièvre, tant que les quintes sont dans leur phase d'augmentation progressive et journalière, j'impose absolument le repos à la chambre. Quand la période des quintes est arrivée à un état stationnaire, je m'inspire des circonstances et surtout de la saison, et j'autorise les sorties quand l'auscultation m'assure que les râles ont disparu de la poitrine. Quand enfin les quintes commencent à diminuer, alors je préconise le grand air, les promenades et le changement de pays. J'obtiens ainsi des résultats très satisfaisants et je partage absolument l'opinion d'Archambault, qui disait n'avoir jamais observé de coqueluches graves chez ses clients de la ville qu'il avait soumis dès le premier soupçon à la réclusion sévère. J'ajoute que cette réclusion des sujets atteints est, dans les quartiers populeux ou dans les campagnes, la meilleure prophylaxie de l'affection. Enfin j'ai, comme tout le monde, remarqué l'heureux effet du changement de pays sur les coqueluches et crois pouvoir affirmer que cette modification favorable n'est véritablement marquée que chez les sujets qui, ainsi que je le disais tout à l'heure, sont arrivés à la fin de la deuxième période de la maladie ou qui sont dans la troisième phase des quintes décroissantes. Pratiqué avant ce

temps, le changement d'air est toujours inefficace, il est bien souvent dangereux.

Ces deux points d'hygiène ou de thérapeutique examinés, j'arrive à l'étude des agents médicamenteux qui m'ont paru le plus efficaces. Ayant eu depuis dix ans une vingtaine de coquelucheux continuellement en traitement, je crois avoir utilisé à tour de rôle tous les remèdes qui ont été employés, mais je n'en suis pas certain. Il existe en effet, pour combattre cette maladie, une foule de spécialités plus ou moins connues et dont quelques-unes jouissent, il faut bien le dire, d'une réelle efficacité. Mais on ne peut les connaître toutes, car, à côté des médicaments rationnels, il y a les remèdes de bonne femme et je ne crois pas qu'il y ait une maladie pour laquelle, plus que dans celle-là, tout le monde, du plus ignorant au plus capable, ait à proposer à son voisin son petit remède infaillible.

Bien que je lui reconnaisse de remarquables effets, j'ai abandonné la belladone, car il est nécessaire de la donner à l'ancienne méthode, suivant les préceptes de Trousseau, à fortes doses et à doses massives presque à doses toxiques. Je me sers assez volontiers du bromoforme suivant la formule de M. Marfan, à la dose de IV gouttes par jour et par année et en augmentant chaque jour, mais je le réserve pour les cas particulièrement spasmodiques. Enfin, dans quelques cas, je me suis servi en clientèle de l'ozone, suivant le procédé de M. Delherm et avec satisfaction.

Dans les cas ordinaires, je me suis arrêté à une formule dans laquelle j'associe le bromure, l'antipyrine et la codéine. La dose varie d'année en année. Le bromure se donne assez largement : 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par année d'âge ; la codéine se prescrit aisément à la dose de 1 à 2 grammes de sirop par année. Quant à l'antipyrine, j'ai renoncé aux doses massives qui ont été préconisées, et je me contente de la dose de 0 gr. 05 centigr. par année. Cette progression est d'ailleurs susceptible d'atténuation ou d'augmentation suivant l'âge des sujets, et je commence toujours par des doses un peu inférieures. Je prescris par exemple à un enfant de cinq ans :

Bromure de potassium..........	2 gr.
Antipyrine.....................	1 gr.
Sirop de codéine................	2 gr.
Sirop de tolu q. s. pour...........	125 cc.

potion que l'on donnera par cuillerée à café et qui devra faire 4 jours. Une fois la sensibilité de l'enfant éprouvée, j'augmente suivant l'effet produit. Cette formule, si elle ne jouit pas d'un

effet très rapide, agit cependant très suffisamment dans les jours qui suivent son application.

Pour les enfants au-dessous d'un an, je supprime, par excès de prudence peut-être, la codéine et je ne donne souvent que l'antipyrine. J'ai obtenu ainsi des résultats qui m'ont surpris. Il m'a même semblé que c'était chez les tout jeunes sujets que ce médicament avait son effet le plus immédiat.

***

En dehors des agents médicamenteux chimiques et physiques, il existe un procédé mécanique qui rend de grands services dans les spasmes de la coqueluche, c'est le procédé de Nœgeli. Je l'ai employé avec succès. Ce procédé consiste, le médecin étant placé devant le malade, à accrocher l'angle des mâchoires par l'index et le médius fléchis de chaque main et à l'attirer vers soi en prenant point d'appui avec les pouces de chaque côté du nez sur le maxillaire supérieur. On cherche donc à faire un dégagement de la mâchoire inférieure de sa position normale pour amener le bord maxillaire inférieur dans une situation voisine du prognathisme. Cette manœuvre peut se faire également avec les mains posées dans une position inverse, si le médecin est placé en arrière du malade.

Pendant cette opération sans gravité, la figure du petit malade se congestionne et quand, au bout de quelques secondes, cesse cette traction, qui demande chez ces sujets déjà grands un peu de force, la quinte a avorté, le malade le sent et vous en remercie. Quand la quinte a commencé, l'effet est moins constant. Cependant, si on intervient après une première période de toux, au moment d'une nouvelle reprise, la quinte a encore bien des chances d'être jugulée.

J'ai appliqué ce procédé bien des fois, il m'a donné des résultats surprenants. Il est facile à enseigner aux parents et aux infirmières. Les enfants, dès qu'ils sont un peu grands, en reconnaissent l'efficacité et la réclament dès qu'ils sentent venir leur quinte. Les plus petits en sont plutôt effrayés, car il y a un petit moment de constriction des parties latérales du cou et de congestion céphalique qui ne va pas sans provoquer une certaine anxiété. Ils poussent alors des cris qui aggravent l'intensité du spasme et qui entravent l'action bienfaisante de la méthode. Celle-ci peut donc difficilement être appliquée sur eux. A part cela, la seule contre-indication du procédé de Nœgeli est la présence d'aliments dans la bouche, soit que l'enfant soit en train de manger, soit qu'il soit en train de

vomir. Dans ces cas, la manœuvre pourrait favoriser la pénétration de parcelles alimentaires dans les voies respiratoires. Il existe aussi un inconvénient, c'est que la traction sur les arcs mandibulaires necessitant une certaine pression locale, les angles des maxillaires deviennent vite le siège d'une contusion, inappréciable à la vue, mais très sensible au toucher et dont les enfants se plaignent assez rapidement.

Le Dr Sobel, de New-York, qui a employé le procédé de Nœgeli et qui s'en montre un partisan enthousiaste, déclare que les malades ainsi traités sont moins sujets aux complications que ceux auxquels on administre des médicaments; on leur évite spécialement les vomissements. Je ne suis pas du même avis. Je ne crois pas d'une part que l'action médicamenteuse ait un rôle bien important dans les vomissements de la coqueluche et, d'autre part, je ne considère pas le procédé de Nœgeli comme une thérapeutique active de la maladie. Je lui reconnais un rôle frénateur très réel du spasme au moment où il se développe, mais je ne crois pas qu'il ait la moindre action sur la maladie en elle-même, c'est-à-dire sur les causes qui provoquent les quintes de toux.

Nous sommes d'ailleurs très peu fixés sur ces causes de la quinte coquelucheuse. On a incriminé une congestion de la muqueuse laryngée agissant sur l'excitation centripète du nerf laryngé supérieur, du phrénique, du pneumogastrique. L'examen laryngoscopique a en effet montré une rougeur diffuse de la région aryténoïdienne, épiglottique et glottique et l'excitation mécanique de ces régions provoque des accès. Mais il est peu probable que là seulement soit le point de départ des réflexes pathologiques. Je n'en veux pour preuve que ces cas dans lesquels on voit chez quelques enfants les quintes affecter surtout les narines et se traduire par des éternuements spasmodiques répétés avec état asphyxique, sans aucun bruit laryngé. Il est probable également que, dans la genèse de la toux, se mêle aussi un certain élément psychique, puisqu'il n'est pas rare, dans un service ou dans une famille de coquelucheux, de voir une quinte chez un enfant en appeler une autre chez un autre enfant. Tous les médecins qui ont fréquenté une salle de coquelucheux savent qu'il suffit qu'un enfant se mette à tousser pour éveiller les quintes de tous ses camarades ou de la plupart d'entre eux. D'un autre côté, on sait combien certaines émotions, et la colère principalement, sont provocatrices de quintes chez des enfants malades ou même paraissant guéris.

Il y a donc là un point à surveiller dans la thérapeutique de la coqueluche, et, de même que les phtisiologues préconisent chez leurs malades ce qu'on a appelé la discipline de la toux, de même je crois que chez les enfants en état de comprendre, il est bon d'obtenir d'eux qu'ils répriment leurs envies de tousser. Car cela leur est possible dans bien des cas et cela empêche de nombreuses quintes d'éclater.

En fait, tous les agents provocateurs de la toux en général prennent dans la coqueluche un rôle très important : il importe de les dépister et de les réprimer si l'on veut obtenir que l'élément réflexe et spasmodique ne prenne pas un développement considérable.

C'est pourquoi je voudrais, en dernier lieu, appeler votre attention sur un point très particulier du traitement de la coqueluche, sur lequel je crois avoir obtenu des résultats tout à fait satisfaisants.

En 1896, j'eus l'honneur de développer devant vous certaines considérations sur la pathologie d'une toux réflexe chez les enfants, dénommée *toux pharyngée*.

Ces manifestations sont dues à la présence dans le pharynx des lésions de la pharyngite chronique. Ces lésions donnent à la paroi postérieure du pharynx un aspect rouge accidenté, encombré de mucosités descendant du pharynx nasal. Bien que les sujets ne soient pas forcément des adénoïdiens confirmés, l'élément lymphoïde a une place certaine dans l'hyperplasie des tissus et, sur cette muqueuse hypertrophiée, dont les principales lésions portent sur les glandes mucipares ou même le tissu conjonctif sous-glandulaire, on voit les grosses granulations molles, arrondies, translucides, que l'on signale comme dépendantes de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée ou de ses prolongements. Quant aux amygdales, elles peuvent être grosses et saillantes. Il est assez habituel, d'ailleurs, que la pharyngite chronique s'accompagne d'hypertrophie amygdalienne, mais cette participation n'est pas nécessaire pour la production de la toux pharyngée.

Cette toux est une toux à paroxysmes bien réguliers, le matin au réveil, ou le soir dès le coucher, ou enfin au milieu de la nuit. Elle prend un caractère quinteux toujours et atteint souvent à l'allure coqueluchoïde. En dehors de ces paroxysmes réguliers, qui paraissent dus soit au changement d'attitude du sujet, passage de la station verticale à l'horizontale ou réciproquement, soit à la descente d'une mucosité nasale sur le plan incliné du pharynx buccal, cette toux peut être provoquée par

les rires, les pleurs, les cris, la colère et le passage d'un endroit chaud dans un endroit froid ou inversement.

On voit donc la parenté qui existe entre les quintes de la toux pharyngée, toux banale et d'irritation, et les quintes de la coqueluche, toux spécifique. Cette parenté est tellement proche que, dans certains cas, le diagnostic peut être hésitant et l'on a pu craindre un instant, chez des enfants atteints simplement de toux pharyngée, de voir se développer une coqueluche inattendue. On conçoit donc l'importance que va prendre la toux chez un enfant atteint de coqueluche chez qui existent déjà des lésions de la pharyngite chronique. Il est bien évident que, chez cet enfant, les quintes vont trouver des points d'appel extrêmement nombreux et des occasions extrêmement fréquentes. Les deux affections vont se superposer. Or il ne faut pas oublier que ces manifestations de la pharyngite chronique, avec ou sans végétations, sont extrêmement fréquentes chez l'enfant.

C'est cette considération qui m'a poussé à appliquer, dès le début de la coqueluche, à tous mes malades présentant un état pharyngien anormal, le traitement de la pharyngite chronique.

Ce traitement, tout le monde le connaît ; il consiste en badigeonnages quotidiens ou bi-quotidiens, portés non seulement sur la partie buccale du pharynx, mais encore et surtout sur sa partie nasale. Ces badigeonnages doivent donc être faits avec un porte-coton courbé, à concavité supérieure, qui se glisse en remontant d'abord sur la paroi postérieure du pharynx buccal, puis derrière le voile du palais, dans le cavum. Pour terminer, on peut, si l'enfant le tolère, badigeonner la partie inférieure de l'organe et plonger derrière la base de la langue aussi loin qu'on peut aller. Mais cela n'est pas toujours utile, car dans son mouvement de défense, le voile, se redressant contre le tampon, l'extermine et fait couler le long de la paroi postérieure une quantité suffisante du liquide pour imprégner toutes les parties de la gouttière pharyngienne. Le liquide employé de préférence est ou bien la glycérine iodée constituée par un mélange à parties égales de glycérine et de teinture d'iode ou bien une solution concentrée de résorcine dans l'eau à 25,50 et même 100 pour 100. Ces deux topiques ont une action très manifeste sur les lésions granuleuses de la pharyngite chronique.

Il ne faut pas confondre ces badigeonnages de liquides modificateurs de la muqueuse avec les topiques qui ont été préco-

nisés pour lutter soit contre un élément infectieux local et tenter une désinfection que je trouve bien aléatoire, soit contre l'élément spasmodique seul. Certes j'apprécie les effets des badigeonnages par exemple de cocaïne, ils ont leur action sur la toux, c'est bien entendu, mais ce que j'ai voulu faire et que j'ai obtenu, c'est la destruction d'une partie des causes d'appel des quintes. Ces causes d'appel résident dans un état pathologique du pharynx, antérieur à la coqueluche ; en les modifiant, je modifie l'aspect clinique de la maladie contractée pour ainsi dire secondairement, et ces résultats ont répondu à mon attente. Il m'a semblé que dans tous les cas où ces badigeonnages purent être faits, car il faut compter avec une certaine bonne volonté du sujet, la fréquence des quintes et aussi leur intensité furent modifiées d'une façon très appréciable.

Ce procédé, joint aux moyens thérapeutiques si variés dont nous disposons et aux précautions hygiéniques que j'ai mentionnées précédemment, me paraît constituer un traitement très rationnel de la coqueluche et permet d'affirmer que cette maladie ainsi traitée aura une durée et une intensité bien moindres que celles que l'on prévoit généralement.

L'ANASARQUE DANS L'ENTERO-COLITE DE L'ENFANCE

L'anasarque peut apparaître à la suite des différentes formes d'infections gastro intestinales : celle qui se rencontre le plus souvent se montre au cours d'entérocolites graves, longues et récidivantes.

Dans ces cas, la maladie se produit chez des bébés d'un an à trois ans, nourris artificiellement, sevrés prématurément, et presque toujours suralimentés avec du lait de vache, stérilisé ou non. L'affection est précédée de troubles digestifs légers : constipation habituelle, langue saburrale, haleine fétide, selles putrides, dures et décolorées, diminution de l'appétit ; puis, de temps en temps, se produisent des malaises plus nets, qualifiés d'embarras gastrique, puis, un beau jour, à la suite d'un repas pris par force ou après l'ingestion d'aliments indigestes, des vomissements surviennent, bientôt suivis d'évacuations putrides, glaireuses ou sanguinolentes, de fièvre, d'abattement, de symptômes généraux inquiétants. Enfin, au bout d'un temps variable, apparaissent des œdèmes plus ou moins étendus.

Déjà signalés par Rilliet et Barthez, Catteloup et Cambray, Wiederhafer, Filatow, Baginski, Ashby et Wright, Lesage, Felsenthal et L. Bernard, Koplik, Durando-Durante, Cassel, Marhoff, ces œdèmes sont encore mal connus et leur pathogénie

a été très discutée. Pour quelques auteurs, ils sont imputables à la défaillance du cœur. Cependant rien pendant la vie ni dans les autopsies ne permet d'incriminer une lésion du myocarde et encore moins une altération des orifices ou des valvules. Cette hypothèse est donc assez peu plausible.

La plupart des observateurs ont cru à l'existence d'une néphrite plus ou moins caractérisée. Qu'une néphrite puisse se produire au cours des infections intestinales, la chose est certaine, mais la plupart des enfants qui, à la suite de troubles intestinaux, présentent des œdèmes, ne se comportent à aucun moment comme s'ils avaient eu une néphrite ; il n'ont jamais d'albuminurie, leur rein reste toujours perméable et ils guérissent en quelques jours, après une crise polyurique, grâce à un simple changement dans le mode d'alimentation.

Jadis, on assimilait les infiltrations œdémateuses aux œdèmes cachectiques ou marastiques. Les travaux de ces dernières années nous permettent de nous rapprocher un peu de cette manière de voir. Dans les œdèmes, il se fait en effet une sorte de dérivation interne des liquides et des substances dissoutes qui auraient dû être éliminées par le rein. A un moment donné, certaines de ces substances se trouvent dans les sérosités interstitielles en proportion plus forte que dans le sang lui-même. Il y a donc eu rétention ou fixation de ces substances et particulièrement des chlorures dans les tissus. Or, la rétention des chlorures s'accompagne toujours d'une rétention d'eau.

La rétention des chlorures peut être due à trois facteurs : l'imperméabilité du rein, les troubles de la circulation sanguine, les modifications de l'activité des tissus eux-mêmes, troublant le jeu des forces osmotiques. De ces trois causes, les deux premières n'interviennent guère dans le développement des œdèmes consécutifs aux infections intestinales, et la troisième seule joue probablement un rôle, comme le démontrent les troubles profonds de l'état général.

Quoi qu'il en soit de ce point particulier, les faits observés par les cliniciens, comme les recherches expérimentales de MM. les docteurs P. Nobécourt et G. Vitry, permettent d'attribuer les œdèmes consécutifs aux entérites à une fixation d'eau causée par une rétention de chlorure de sodium. Chez certains prématurés, nourris presque exclusivement de substances féculentes, pauvres en albumine, ne recevant que des albumines végétales difficilement assimilées, le sel se fixe dans l'intimité des tissus, et cette fixation amène une rétention d'eau. De là, augmentation du poids et, si les choses vont plus loin, œdème et anasarque.

A l'anasarque peuvent s'associer d'autres manifestations morbides : purpura (Ollivier, d'Angers ; Rilliet et Barthez, Hutinel), scorbut infantile, etc. Ces accidents montrent que certaines affections de l'intestin sont capables de déterminer des troubles graves de la nutrition générale, de modifier profondément les propriétés et les fonctions des tissus. *(Clinique infantile.)*

MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

La cryogénine dans la fièvre typhoïde. — MM. Boy-Teissier et Bruneau ont expérimenté la cryogénine dans la fièvre typhoïde et ont fait connaître au Comité médical de Marseille les résultats suivants, auxquels ils sont arrivés :

La cryogénine, à la dose de 2 gr., 1 gr. 50, 1 gr., voire même 0 gr. 80, abaisse presque toujours la température de 1 à 3 degrés.

L'abaissement de température se fait très rapidement, parfois une heure après l'administration du remède ; le plus ordinairement entre la deuxième et la quatrième heure, l'abaissement se fait.

La durée de l'abaissement est assez variable. Elle oscille entre six heures, durée minima observée, et dix-huit heures pour une seule dose.

Après que l'abaissement est obtenu à l'aide d'une dose massive, il suffit d'une dose moitié moindre et souvent plus petite encore, pour maintenir la température aux environs de 38°, 38°5, pendant la durée de l'affection.

Les auteurs n'ont jamais observé de collapsus, malgré l'abaissement, plusieurs fois observé, de 4 degrés.

Des résultats similaires ont été signalés dans leurs thèses par MM. Rousseau, Demurger, dans la *Revue de médecine*. M. Carrière, agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille, a publié une « étude thérapeutique et expérimentale sur la métabenzamidosemicarbazide ou cryogénine ». Ce mémoire comprend huit observations de fièvre typhoïde, suivies des conclusions que voici :

Il résulte de ces huit observations que la cryogénine a une action antipyrétique constante et très marquée dans la dothiénentérie. Elle permet de voir la fièvre typhoïde évoluer sans dépasser 38°6. La chute thermique y est rapide et généralement très accusée. Elle se prolonge 48 heures.

Enfin, dans une thèse qui vient de Marseille (*La Cryogénine dans la fièvre typhoïde*), M. le Dr Boutheville arrive aux conclusions suivantes qui concordent avec les travaux que nous venons de signaler :

I. La cryogénine peut être employée avec avantage en même temps que les bains.

a) Elle permet à la dothiénentérie d'évoluer avec une température inférieure à celle qu'on observe en dehors de son usage.

b) Elle contribue à l'amélioration de l'état général et hâte la défervescence.

c) Elle permet de suspendre les bains ou de les donner à une température moins basse.

II. La cryogénine, grâce à sa puissance et à son innocuité, est l'antithermique de choix chaque fois que les bains froids sont contre-indiqués.

III. Son efficacité est absolue dans la fièvre de convalescence.

Le Validol. — Solution à 30 pour 100 de menthol dans le valérianate de menthol. Liquide incolore, limpide, à consistance de glycérine, d'une odeur aromatique agréable, d'un goût légèrement amer, n'ayant pas la saveur âcre et brûlante du menthol ,et très bien toléré par la peau, les muqueuses et l'estomac.

On l'emploie comme analeptique dans les états de dépression relevant de l'hystérie ou de la neurasthénie et comme stomachique et carminatif, à la dose de X à XV gouttes sur un morceau de sucre.

On peut l'employer encore en badigeonnages dans les amygdalites et les pharyngites, ainsi que pour la désinfection des téguments.

Le Gallobromol dans l'épilepsie. Obtenu par M. Grimaux ; c'est de l'acide gallique dans lequel 2 Br remplacent 2H [$C_6Br_2(OH_3)CO.OH$].

Cristallise en aiguilles blanches, fines, solubles dans l'eau, l'alcool et l'éther. Avec l'eau ordinaire, qui est toujours alcaline, les solutions de gallobromol sont rouges ; pour le dissoudre on doit donc prendre l'eau distillée. Renferme la moitié de son poids de brome.

S'élimine par les reins, partie en nature, partie à l'état de bromure alcalin. Avec de fortes doses, l'urine est colorée en brun foncé : avec des doses de 8 à 10 grammes, elle est rose : avec de faibles doses, elle conserve sa couleur normale.

D'après M. Lépine, ce corps pourrait rendre quelques services chez

les épileptiques et les malades atteints de troubles nerveux. Son action est moins déprimante que celle du bromure de potassium. La dose administrée par M. Lépine est de 10 grammes ; il croit excessive une dose de 15 grammes.

M. Rollet s'est bien trouvé de son emploi pour le traitement de la blennorrhagie aiguë ou chronique au moyen d'une solution au cinquantième.

Les injections de thiosinamine dans le lymphosarcome. — La thiosinamine, administrée par voie hypodermique, exerce, d'après M. A. Ernst, une influence favorable sur les lymphosarcomes. L'auteur a pu se convaincre de cette propriété encore inconnue de la thiosinamine chez un sujet présentant de volumineuses tumeurs lymphosarcomateuses des deux côtés du cou, qui récidivèrent après l'extirpation. En même temps on vit se développer des kéloïdes au niveau des cicatrices opératoires. Contre ces kéloïdes furent utilisées des injections d'une solution de thiosinamine à 10 p. 100 répétées tous les deux jours, à la dose d'abord de 1, puis de 2 et enfin de 3 c.c. La thiosinamine amena un affaissement rapide, non seulement des kéloïdes, mais aussi des lymphosarcomes. Après 25 injections, les masses lymphosarcomateuses avaient complètement disparu à la moitié droite du cou ; à la région cervicale gauche, elles étaient diminuées de trois quarts. Le traitement par la thiosinamine ne put être continué pour des raisons accidentelles.

L'Erythrina Corallodendron, nouveau sédatif. — C'est une plante de la famille des Légumineuses, qui croît au Mexique, aux Antilles et au Brésil.

M. Fr. Rio de la Loza en a extrait un alcaloïde *l'érythrocoralloïdine*.

Les injections hypodermiques d'extrait (2 grammes), dissous dans l'eau, produisent chez l'animal des phénomènes d'engourdissement, de faiblesse, qui se terminent par la mort au bout de sept à huit heures, si l'animal est jeune et peu robuste.

Au Mexique, cette plante est d'un usage usuel comme hypnotique et sédatif du système nerveux.

En France, le D[r] Rey, avec 50 centigrammes d'extrait, obtient, dans la folie avec agitation et insomnie, quelques heures de sommeil ; en donnant cette dose 2 ou 3 fois la nuit, de 2 en 2 heures, on obtient un sommeil calme.

De nouvelles observations établies au Mexique, il résulte que cette plante réussit très bien contre l'épilepsie et la chorée, qu'elle est un antidote précieux du tétanos et de l'empoisonnement par la strychnine.

Elle a été étudiée expérimentalement par M. Bochefontaine, et cliniquement par M. le D[r] Rey, médecin de l'asile de Ville-Evrard, et par M. Rio de la Loza.

C'est aussi un purgatif énergique et en même temps un diurétique.

Mode d'emploi. Doses.

Extrait alcoolique de colorin 1 gr.
Eau distillée chaude........ 10 gr.

Mêler et faire des injections de 1 c. c. On peut faire jusqu'à 6 injections en 24 heures.

L'Erythrol est un iodure double de bismuth et de cinchonidine.

Poudre jaune rougeâtre, insoluble dans les dissolvants ordinaires.

Albert Robin a préconisé l'érythrol dans le traitement de certaines formes de dyspepsies acides assez rares dans lesquelles se produit une fermentation butyrique.

A. Robin prescrit à la fin de chaque repas un cachet contenant de 1 à 5 centigrammes d'érythrol et de 10 à 20 centigrammes de magnésie hydratée. (Boquillon, *médicaments nouveaux*).

Le scabiol contre la gale. — Le scabiol a été introduit dans le commerce comme parasiticide. C'est un liquide inodore, rouge brun, de la consistance de l'eau : il contient comme constituants principaux 20 p. 100 de styrax, alcool et savon.

Barabas a expérimenté le scabiol, chez 50 malades, il attire l'attention sur ce que ce médicament est totalement dépourvu de l'odeur désagréable du styrax ; les résultats obtenus avec lui dans les cas de gale furent très bons. 4 p. 100 des malades eurent une rechute, mais elle doit être attribuée à leur manque d'attention ; 22 p. 100 des malades revinrent à la consultation peu de temps après et ne montrèrent aucun caractère de maladie.

Le succès du scabiol tient au fait qu'à l'état libre il n'a pas d'odeur, et qu'il ne tache ni le linge, ni la peau, parce qu'en raison de sa riche teneur en alcool, il se dessèche rapidement sur la peau. La manipulation du scabiol est, d'après

cela, commode et agréable. Si sur le corps se trouvent des parties blessées par le frottement ou de l'eczéma, après la première application de scabiol on éprouve une sensation insignifiante de brûlure, qui plus tard devient à peine perceptible. On n'a pas observé de fortes irritations ni de dermatitis.

La guérison de la gale guérit après 2 à 7 frictions et on n'a jamais eu besoin d'employer un autre antiparasiticide pour aider l'action du scabiol.

Le bain chaud dans la neurasthénie. — Peu satisfait de l'hydrothérapie froide chez les neurasthéniques, M. U. Alessi, privat docent et assistant de la clinique psychiatrique du professeur Sadun, à Pise, lui a substitué depuis quelque temps, surtout pendant la saison froide, la balnéation chaude dont il se trouve fort bien. L'idée de ce traitement lui a été suggérée par certains neurasthéniques qui, ayant pris par hasard un bain chaud, en ont éprouvé un grand soulagement.

L'auteur a pu se convaincre que, dans la neurasthénie, l'action du bain chaud est particulièrement favorable alors qu'il est pris le matin, au lever. La température de l'eau doit être aussi élevée que possible, tout en étant agréable au malade. La durée du bain est de quarante minutes environ.

Cette balnéation chaude produit une action essentiellement calmante. Sous son influence, les états d'excitation, si fréquents chez les neurasthéniques, cèdent la place à une euphorie qui permet au malade de vaquer librement à ses occupations habituelles.

FORMULES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Antisepsie de la région rhino-pharyngienne.
(MALHERBE.)

L'auteur emploie les formules suivantes :

Salicylate de soude..... 1 gr. 50
Eau distillée............ 30 gr.

qui est à la fois résolutive et antiseptique.

Ou bien :

Sulfate de zinc.......... 0 gr. 30
Eau distillée............ 30 gr.

qui est, de plus, astringente.

Lorsqu'il existe de la douleur, on se sert avec avantage de :

Chlorhydrate de morph. 0 gr. 15
Eau distillée........... 15 gr.

On ordonne également des inhalations avec :

Teinture de benjoin composée......... XXV gouttes
Chloroforme .... 90 gr.

Une cuillerée à café dans un demi-litre d'eau bouillante.

Quand l'inflammation a diminué, on fait usage de la formule :

Huile d'eucalyptus.......... 6 gr.
Carbonate de magnésie.... 4 gr.
Eau distillée.............. 90 gr.

Une cuillerée à café pour un demi-litre d'eau bouillante.

Contre la furonculose auriculaire.
(HAUG.)

Une fois le furoncle en voie d'évolution, on ne devra pas le combattre au moyen de solution aqueuse : des pommades à base d'oxyde de zinc, d'acide phénique, de menthol, rendront de meilleurs services.

On prescrira :

Menthol .... 2 gr. 5
Anesthésine .... 0 gr. 5
Glycérine .... 25 gr.
Huile de vaseline........ 25 gr.

Us. ext. Imbiber une mèche de gaze qu'on introduira dans l'oreille externe.

Les furoncles plus avancés seront combattus par des applications d'alcool à 50°, ou des instillations d'alcool absolu. Il ne faut pas trop se presser pour inciser le furoncle : il faut que le bourbillon puisse être aisément extrait.

Dans cette période, les douleurs vives seront combattues par le topique suivant, dont on imbibera des mèches de gaze :

Cocaïne .... 0 gr. 20 à 1 gr.
Résorcine .... 0 gr. 50
Eau distillée............... 10 gr.
Glycérine .... 10 gr.
Alcool .... 10 gr.

Pour l'usage externe.

Pour éviter les récidives, on fera pendant 15 à 20 jours un bain d'oreille de 15 minutes de durée par jour : on se servira de solutions alcooliques en instillations :

Acide salicylique......... 0 gr. 20
Acide borique............ 10 gr.
Alcool absolu............ 50 gr.
Eau distillée............ 50 gr.

Us. ext. Instiller jusqu'à ce que le canal soit rempli.

Cette solution provoquera une desquamation épithéliale : il est bon d'obtenir 2 ou 3 fois cette desquamation avant de cesser le traitement. Au cours des 3 mois suivants, on fera encore, une fois par semaine, des instillations de ce genre.

Traitement de la fièvre typhoïde par la teinture d'iode.

(Dr RAYNAUD.)

Supposons un adulte atteint de fièvre typhoïde bien constatée. Je donne le premier jour :

Calomel .... 0 gr. 50 à 1 gr.
Sucre .... 0 gr. 50

J'administre le calomel à dose d'autant moins forte que le malade a plus de fièvre parce que j'ai constaté que le protochlorure de mercure avait d'autant plus d'efficacité que la température était plus élevée. Ce même jour aucune autre médication.

Deuxième jour : 20 à 25 gouttes de teinture d'iode par 24 heures dans une potion de 150 centimètres cubes.

Les troisième, quatrième et cinquième jours la même ordonnance est formulée.

Sixième jour : Nouveau paquet de calomel exclusivement.

Septième jour et jours suivants : 20 à 25 gouttes de teinture d'iode.

Au douzième, au quatorzième jours qui suivent le commencement du traitement, la maladie est presque toujours terminée et le typhoïdique entre en convalescence.

Comme on le voit, pas de quinine, ni d'antipyrine, ni surtout de pyramidon, aucun antithermique, pas même de bains froids. Malgré tout, je suis loin de condamner ces derniers qui, en certaines circonstances, peuvent rendre de grands services.

Un pareil traitement est surtout avantageux pour les malades de la campagne, dont les parents redoutent tant l'eau fraîche ; il est tout aussi commode pour les praticiens qui ont à le prescrire. Je les prie d'essayer.

Je pourrais ici terminer ma communication, mais je tiens à donner le résultat de mes observations sur la façon dont la teinture d'iode doit être administrée.

Tous les véhicules ne lui conviennent pas également. Ainsi elle s'évapore trop rapidement dans les potions sucrées ou alcoolisées, moins rapidement dans l'eau distillée et encore plus lentement dans l'eau de fontaine. Pour la retenir en solution parfaite, il faut lui adjoindre une minime quantité d'iodure de potassium.

Voici ma formule pour un adulte:

Teinture d'iode.... 20 à 25 gouttes.
Iodure de potassium...... 0 gr. 01
Eau .... 150 c. c.

A prendre dans les 24 heures.

Traitement de la paralysie infantile.

(MALBEC.)

I. *Période fébrile.* — 1° Combattre la fièvre du début en donnant deux à trois cuillerées à dessert de :

Chlorhydrosulfate de quinine .... 0 gr. 50
Sirop de framboises..... 0 gr. 30
Eau de menthe.......... 0 gr. 90

2° Tenir les membres de l'enfant enveloppés dans des boîtes de ouate saupoudrée avec de la farine de moutarde.

3° Pratiquer sur tout le corps des frictions à l'eau de Cologne.

II. *Période paralytique.* — 1° Tous les jours, faire une application de courants continus faibles (4 à 5 milliampères) le long de la colonne vertébrale ; placer le pôle positif en haut ; bien mouiller les rhéophores; laisser passer le courant pendant une durée de dix à vingt minutes. Faire chaque jour, le long de la colonne vertébrale, de chaque côté, un badigeonnage léger avec la mixture suivante, sur une étendue d'une pièce d'un franc.

Teinture d'iode........... 20 gr.
Iode métallique........... 8 gr.
Iodure de potassium....... 4 gr.

2° Frictionner matin et soir les muscles paralysés avec du *Baume de Fioraventi* et alternativement avec de l'eau salée et chaude.

Pratiquer la gymnastique passive, de façon à mettre en jeu et en mouvement le groupe musculaire inactif.

Dès le début, lutter contre la déviation et les difformités résultant de la prédominance des muscles antagonistes, à l'aide d'appareils orthopédiques spéciaux et appropriés qui ne devront pas cependant gêner le développement.

3° Chaque jour, faire prendre à l'enfant une cuillerée de sirop de glycérophosphate de chaux.

Traitement de la constipation.

Chez un enfant de trois à six ans.

(Dauchez.)

1° Au début, recourir au citrate de magnésie selon la formule suivante :

Eau distillée	80 gr.
Sirop de cerises ou de framboises	20 gr.
Citrate de magnésie	20 gr.

2° Ou si l'enfant est dyspeptique :

Vin de rhubarbe	15 à 30 gr.
Sirop d'écorces d'oranges	15 à 30 gr.

3° Si la dyspepsie atonique se lie à la constipation, la mixture suivante (J. Simon) devra être conseillée :

Teinture de cascarille	10 gr.
— de rhubarbe	10 gr.
— de cannelle	10 gr.
— de colombo	10 gr.
— de gentiane	10 gr.
— de noix vomique	5 gr.

Au-dessus de trois ans, dix gouttes matin et soir avant chaque repas.

4° L'examen des selles donne-t-il des résidus, chez les dyspeptiques surtout, on donnera simultanément aux heures des repas, une des doses suivantes (Widerhofer, de Vienne) :

Pepsine	0 gr. 60
Sucre de lait	4 gr.

M. s. a. Diviser en 4 doses à faire prendre chaque jour, suivie d'une à deux cuillerées à café de la solution suivante :

Acide chlorhydrique	5 gouttes.
Eau distillée	40 gr.

5° Enfin si la constipation résiste à ces différentes tentatives, on donnera à l'enfant le sirop laxatif dit de Bouchut :

Podophyllin	0 gr. 05
Sirop de guimauve	95 gr.
Cognac	5 gr.

Une à deux cuillerées à café tous les trois jours.

Chez les enfants de trois à dix ans.

1° Les moyens précédemment indiqués pourront être prescrits à doses progressives.

Pour remplacer la poudre *amère* de cascara sagrada, il sera préférable (Huchard) de préférer la mixture suivante :

Extrait hydroalcoolique de cascara	0 gr. 50
Sirop simple	50 gr.
Teinture de cannelle	2 gr.

ou encore une à deux cuillerées à café de cette mixture moins agréable que la première :

Extrait hydroalcoolique de cascara	0 gr. 50
Glycérine pure à 30°	50 gr.
Saccharine.. 0 gr. 25 à	0 gr. 50

(on se rappelle que la saveur de la saccharine égale 300 fois son poids de sucre).

2° Enfin dans les cas très rebelles, on aura recours (West) à l'aloès, sous forme de poudre composée :

Réglisse	60 gr.
Sené lavé à l'éther	60 gr.
Soufre lavé	40 gr.
Semences de fenouil pulv.	30 gr.
Sucre	180 gr.

Une pincée chez les enfants. On peut élever la dose à une ou deux cuillerées à café.

Traitement de la bronchite capillaire infantile et broncho-pneumonie.

(Desfine.)

1° Faciliter l'hématose par une bonne hygiène respiratoire ; 2° combattre la fièvre et la phlegmasie pulmonaire ; 3° désobstruer les bronches ; 4° stimuler et soutenir les forces.

1° *Faciliter l'hématose* : Chambre aérée et chauffée à 18° ; coucher l'enfant sur un plan incliné formé par des coussins de crin. Changer fréquemment la position de l'enfant, s'il y a sécheresse des bronches, inhalations de vapeurs chaudes.

2° *Combattre la fièvre et la phlegmasie pulmonaire* :

Antipyrétiques. Réfrigérants externes. Révulsifs.

Antipyrétiques. — Proscrire les émissions sanguines, l'émétique, la digitale, le salicylate de soude, l'antipyrine. — Administrer le soir un lavement avec :

Sulfate de quinine.. 0 gr. 20 à 1 gr.

ou :

Alcoolature de racine d'aconit	V à XX gtes.
Eau de fleurs d'oranger..	60 gr.
Eau de laurier-cerise	5 à 10 gr.
Sirop de Tolu	20 gr.

M. s. a.

Par cuillerées à dessert d'heure en heure.

Réfrigérants. — Bains tièdes à la température de 30° C., d'une durée de cinq à quinze minutes, renouvelés trois fois dans les vingt-quatre heures. Si la fièvre persiste, appliquer sur le tronc, la poitrine, le ventre, des compresses trempées dans :

Alcool camphré	25 gr.
Eau froide	100 gr.

recouvertes dans toute leur étendue d'une flanelle sèche et d'une feuille de taffetas gommé. Renouveler la compresse d'abord toutes les quinze minutes, puis toutes les demi-heures ou toutes les heures. Envelopper en même temps les jambes dans des bottes d'ouate et donner une cuillerée de vin de Porto.

Le Butylchloral contre les névralgies.

Butylchloral	2,5
Esprit-de-vin	10
Glycérine	20
Eau dist.	120

Par cuillerées à soupe toutes les heures.

Traitement du Pityriasis.

(Sabouraud).

Les *Pityriasis figurés*, en taches nummulaires de l'enfant, sont, en général très gras et les déchets paraissent comme pâteux : les pommades soufrées simples, ou soufrées et mercurielles, sont de celles qui arrêtent le plus vite la production de nouvelles taches et qui enrayent le plus vite l'alopécie causée par les taches préexistant au traitement.

Je citerai pour mémoire :

Le cérat soufré du Codex.

Les pommades soufrées au 1/10, au 1/20, au 1/40.

Les pommades aux soufre et cinabre :

Soufre précipité	1 gr.
Cinabre	1 —
Vaseline	30 —
Ess. de verveine (pr parfum.)	q. s.

Sans oublier les pommades de goudron du type que j'ai déjà tant de fois recommandé contre les états séborrhéiques et que j'aurai encore tant d'occasions de recommander contre les états squameux du cuir chevelu :

Huile de cade	10 gr.
Lainine	10 —
Vaseline	10 —
Soufre précipité	1 —
Cinabre	1 —
Résorcine	1 —

Dans les cas où le processus morbide date de longtemps et a comme reconstitué la calotte du nourrisson, avant tout autre traitement, on peut appliquer une pommade de décapage que voici et dont l'effet est excellent :

Sous-carbonate de potasse	2 gr.
Cérat de Galien	15 —
Vaseline	15 —

et quand le décapage est opéré, on agit avec les préparations indiquées plus haut.

Traitement de l'hémoptysie.

Appliquer des sinapismes aux membres inférieurs ; faire sucer des morceaux de glace, faire prendre une cuillerée d'éther dans un peu d'eau sucrée ; enfin surtout pratiquer immédiatement une injection d'un centimètre cube de la solution suivante, qui devra être injectée profondément, dans un muscle de préférence :

Ergotine	5 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 04
Antipyrine	1 gr. 50
Sulfate de spartéine	0 gr. 20
Sulfate d'atropine	0 gr. 002
Eau distillée, q. s. pour vol. total de	10 cc.

Pratiquer une seconde piqûre une demi-heure après, et ainsi de suite de demi-heure en demi-heure, ou même de quart d'heure en quart d'heure, si le danger presse, sans dépasser 4 ou 5 seringues au plus.

On pourra ensuite, si le malade peut boire, lui faire prendre d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Ergotine	2 gr.
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop de térébenthine	120 gr.

On pourra également faire poser de nombreuses ventouses sèches, ou encore faire appliquer, dans des sacs de caoutchouc, soit localement, soit à distance, ou bien de la glace, ou bien de l'eau chaude.

Faire des injections de sérum artificiel (de 250 à 500 gr.).

Ensuite, selon les indications, recourir à l'opium et à la morphine ou, au contraire, aux toniques.

Un peu plus tard, employer l'ipéca, le tartre stibié.

Enfin, lorsque l'hémoptysie sera arrêtée, prescrire une médication appropriée au traitement de la maladie générale dont elle est un épiphénomène. Cette médication sera toujours utile et pourra souvent agir à titre préventif.

La fougère comme anthelmintique.

Nephrodium filix mas.

La matière grasse ou oléorésine soluble dans l'éther est le principe actif.

Nous rappelons le mode d'emploi de cet anthelmintique, ténicide très efficace.

Prép. — Huile éthérée, 2 à 8 gr.

Poudre, 30 à 50.

Tisan : inf., 2/100.

Ext. oléo-résineux de fougère m.,

0,5. En caps., 6 à 10 caps. A prendre de dix en dix minutes.

Ext. éth. de fougère m....... 8
Calomel 0,80
En capsules de 0,55 (Crequy).
Ext. oléo-résineux de foug. m. 0,2
Rac. de foug. m. pulv......... 0,5
Conserve de roses............ q. s.
Bols vermifuges (Peschier).
Ext. éth. de foug. m......... 0,20
Gomme arab. pulv........... 0,05
Eau 0,05
Fougère mâle pulv........... q. s.
Pil. (Mayet).
Ext. éth. de foug. m........... 2
Miel rosat.................... 16
Miel de fougère (Danglison).
Fougère mâle pulv........... 2
Rac. de valérinane pulv....... 2
Semen-contra pulv............. 2
Sulfate de potasse pulv........ 2
Miel 10
Elect. vermif. (Ph. Belge, etc.).
Huile éthérée de fougère m.. 2,5
Calomel à la vapeur......... 2,5
Poud. de fougère récente..... q. s.
P. pil. de 0,30, et 2 h. après la dernière, huile de ricin 60 gr.
Bourgeons récents de foug. m. 5
Ether 40
Teint. 8 gr. (Peschier).
Ext. éthéré de fougère mâle... 5
Teint. émulsive............... 2
Glycérine 30
Liq. d'Hoffmann............. . 2
Eau de menthe................ 65
Potion ténifuge (Nicot).
Poudre de fougère m...... 6 à 12
Eau 125

A prendre le matin à jeun et 1 h. après, ce bol purg. :

Calomel à la vapeur......... 0,15
Scammonée 0,15
Gomme-gutte 0,07
Miel .... q. s.
Ténifuge (Nouffer).

Traitement de l'otorrhée.

Le médicament de choix est l'acide phénique ou glycéré. On pratique des injections d'eau chaude avant le pansement, et celui-ci consiste en badigeonnages avec le liquide suivant (Ménière) :

Acide phénique cristallisé .... 1 à 5 gr.
Glycérine pure......... 5 à 10 gr.

Plus tard, quand l'écoulement se tarit et devient un suintement, on préférera les préparations de sublimé ainsi formulées :

Sublimé...... 0 gr. 05 à 0 gr. 25
Glycérine pure.......... 10 gr.

La glycérine phéniquée diminue aussi les douleurs d'oreille. Hewetson a insisté sur cette propriété ; il l'a mise à profit contre les otalgies de l'otite et de l'otorrhée.

L'huile grise compacte en massage sous-palpébral.

(VACHER.)

A. Darier, dans ses leçons de thérapeutique oculaire, consacre un chapitre au massage oculaire employé dès la plus haute antiquité dans le traitement du trachome et des kératites.

Ce n'est donc pas une question nouvelle, mais il est intéressant de noter les résultats que M. Vacher a obtenus en faisant du massage oculaire un emploi fréquent, avec une pommade hydrargyrique dont voici la formule, qui n'est autre que celle de l'huile grise rendue compacte et stable, afin d'en faciliter l'emploi.

Pour 100 grammes :
Mercure purifié............ 27 gr.
Pommade mercurielle double .... 6 gr.
Lanoline anhydre.......... 45 gr.
Huile (vaseline ou amande douce) .... 22 gr.

Les conjonctives et la cornée ne supportent pas facilement le contact de certains sels mercuriels et leur emploi provoque une réaction intense et des douleurs vives, lorsque le médicament n'est pas de préparation récente ou de pureté parfaite.

L'huile grise, rendue compacte et toujours homogène par l'addition de lanoline, est le seul topique de ce genre, qui ne provoque ni irritation ni douleur par le massage.

Dès ce moment, l'auteur l'a employée exclusivement en frictions sur le bord ciliaire, en massage de la cornée et des conjonctives, en pansement du sac lacrymal et des culs-de-sac conjonctivaux.

Nous avons dans le massage hydrargyrique l'absorption assurée d'une quantité de mercure suffisante et l'action mécanique indéniable du massage, nous avons en outre la possibilité de confier cette médication à quelqu'un de la famille du malade, et de la renouveler aussi souvent qu'il est convenable, sans crainte d'erreur, d'accident, de complication, surtout sans douleur pour le patient.

Beaucoup de malades atteints de récidives et soignés antérieurement par d'autres procédés ont manifesté leur satisfaction de cette méthode.

VARIÉTÉS

Un exercice de sauvetage mortel. — A l'Orphelinat britannique, boulevard Bineau, à Neuilly-sur-Seine, où une cinquantaine d'enfants sont élevés, on procède, de temps à autre, à des exercices de sauvetage, pour apprendre à chacun ce qu'il aurait à faire en cas d'incendie.

Il y a quelque temps, on faisait la répétition du « sac de sauvetage », en usage chez les sapeurs-pompiers de Paris. Un à un, les enfants étaient introduits dans le long tube de toile, et se laissaient glisser jusqu'au sol, où des matelas amortissent encore la descente. Ce fut ensuite le tour du personnel. Une jeune femme de chambre, Sophie Scherley, venait de se glisser dans le sac, lorsque, brusquement, celui-ci se fendit à la couture; la malheureuse, passant par l'ouverture ainsi faite, fut précipitée de la hauteur du premier étage sur le sol. Elle s'était fracturé le crâne et elle est morte.

Cet incident mérite d'être signalé, car il indique l'état d'esprit qui domine aujourd'hui toutes les classes de la société : *la peur*. Le risque d'incendie à Paris est tellement minime que les pompiers exercent presque une sinécure; mais on tue des enfants *à coup sûr* pour éviter un danger problématique.

Il en est de même en médecine; c'est la *peur* qui domine et qui est la cause des mesures prophylactiques et des législations absurdes sorties du cerveau des hygiénistes pendant ces dernières années.

Réclames charlatanesques; responsabilité du directeur du journal. — Un des principaux journaux de Breslau avait inséré à plusieurs reprises une annonce d'un empirique qui promettait, contre espèces sonnante, la guérison sûre et rapide, sans interruption de travail et à défaut de diagnostic, de toute maladie des organes abdominaux et des parties sexuelles. Le tribunal provincial de Breslau vient de condamner le rédacteur en chef dudit journal à une amende de 3.000 marks (3.750 francs), sous prétexte qu'il devait être convaincu de l'inexactitude des promesses contenues dans une pareille annonce. La condamnation a été maintenue par la Cour d'appel.

Un accouchement prématuré. — Un brave garçon du Bocage s'est marié il y a à peine cinq mois et sa femme est sur le point d'accoucher. Trouvant que c'est un peu tôt, même par ce temps de vitesse, il est allé consulter une sage-femme de Vire, qui l'a rassuré en lui disant : — Quatre mois et demi de journées et quatre et demi de nuits, cela fait bien les neuf mois réglementaires. Après avoir compté et recompté sur ses doigts, le naïf mari est convaincu que le compte y était.

La délivrance des martyrs. — Le *Philadelphia Record* soulève à nouveau la très troublante question du droit que devrait avoir le médecin de faire cesser une existence qui n'est qu'un long martyre. Dans ces cas, le médecin est bien autorisé à chercher à supprimer la douleur par divers moyens thérapeutiques. Pourquoi ne pourrait-il pas être de même autorisé à faire entrer dans l'éternel repos des malheureux malades chroniques pour qui la mort serait une délivrance; mais ce, bien entendu, après que tout aurait été essayé pour les soulager. D'autant plus qu'en cherchant à calmer les malades, on les met dans un état qui ressemble plus à la mort anticipée qu'à la vie... alors pourquoi ne pas autoriser les médecins à suspendre, dans ces cas, cette vie de douleurs d'une façon définitive?

Emeute contre la vaccination à Rio-de-Janeiro. — Le Congrès brésilien avait voté à une très forte majorité une loi rendant la vaccination et la revaccination obligatoires. La minorité indignée d'une pareille violation des libertés individuelles et de l'intrusion des agents de l'hygiène publique « chargés d'inoculer de force aux citoyens le pus jennerien », organisèrent une vigoureuse agitation. Les opposants manifestèrent devant le ministère de l'Instruction publique : après quelques charges de la troupe ils construisirent des barricades, coupèrent les conduites d'eau et de gaz, incendièrent des tramways, etc., et échangèrent des coups de feu avec les soldats.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire et consultations médicales, par G. LEMOINE et ER. GÉRARD, professeurs à la Faculté de médecine de Lille, Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine, un volume in-18, de 780 pages, cartonné, peau souple, **6** francs.

En publiant ce livre, les auteurs ont tenu, avant tout, à être utiles aux praticiens en rassemblant dans le même ouvrage *le Formulaire et les Consultations médicales*, de façon à constituer un véritable *vade mecum médical*. Dans la partie du formulaire proprement dite, chaque substance destinée à l'art de guérir a surtout été étudiée au point de vue de son action thérapeutique et de ses principales indications en insistant sur les avantages et les inconvénients de certains médicaments. Leur grande préoccupation a été de donner des formules simples et rationnelles sans les multiplier à l'excès et de mettre en relief les prescriptions et les renseignements posologiques pour la médecine infantile. Des chapitres spéciaux ont été consacrés aux injections hypodermiques, à la sérothérapie et à l'opothérapie. La réunion des diverses incompatibilités sous forme de tableau permettra au médecin de s'initier rapidement aux inconvénients qui peuvent résulter lors de l'établissement de la formule du mélange de certaines substances entre elles.

Les consultations médicales tiennent une large place dans ce volume ; elles se rapportent aux maladies que les praticiens sont appelés à soigner le plus fréquemment et sont rédigées tout spécialement pour eux, c'est-à-dire que les médications et les formules qu'elles proposent sont choisies parmi les plus simples à exécuter. Dans chaque article, la partie clinique tient toujours une large place et rappelle au médecin le tableau symptomatique de la partie à traiter. Ces considérations cliniques ont été surtout développées dans la partie qui concerne les maladies de la peau, dont le diagnostic différentiel est fait avec beaucoup de soin, de façon à éviter des erreurs de thérapeutique. Des chapitres sur l'Hygiène alimentaire, les Eaux minérales, les Stations climatériques, et une liste des principaux sanatoria permettront au médecin de renseigner utilement sa clientèle.

Ce petit livre, d'un format pratique, dans une joli reliure, sera pour les praticiens un guide précieux dans l'enseignement de leur profession.

Manuel pratique d'allaitement, hygiène du nourrisson, par Pierre BUDIN, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

1 vol. gr., in-8 jésus, cartonné toile de 240 pages, avec 88 figures, la plupart tirées en couleurs, dans le texte. Prix. **5 fr.** — Paris, Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

X. PERROUX, MACON

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

T

U

V

W

Y

Z